

Université de Montréal

**Les travailleurs victimes de lésions professionnelles : du processus d'indemnisation aux
problèmes de santé mentale**

par

Anouk Dubeau

Département de sociologie

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître
ès sciences (M.sc.) en sociologie

Mai, 2017

© Anouk Dubeau, 2017

Résumé

L'objectif principal de ce mémoire est de mieux comprendre le rôle des différents acteurs que rencontrent des travailleurs en arrêt de travail, en raison d'un accident survenu par le fait ou à l'occasion de leur travail, sur la trajectoire et la santé mentale de ceux-ci. Dans un deuxième temps, il est important de déterminer l'effet que peut avoir le soutien social sur le niveau de détresse psychologique ressenti par ces travailleurs. Pour réaliser cette recherche, des données ont été recueillies provenant d'entrevues réalisées auprès de patients d'une polyclinique à Montréal qui étaient en arrêt de travail.

Basée sur un échantillon de 12 travailleurs, l'étude réalisée a révélé que les différents acteurs ont une influence sur la trajectoire de ces travailleurs et que plusieurs facteurs du soutien social ont un impact sur le niveau de bien-être ou de détresse psychologique ressentis. En effet, le fait d'avoir un soutien émotionnel, d'estime, d'affiliation, tangible, instrumental et/ou encore informationnel, d'être intégré socialement, d'avoir l'occasion de se sentir utile et nécessaire, de pouvoir confirmer sa valeur ainsi que d'obtenir de l'aide concrète et matérielle sont des facteurs du soutien social qui agissent comme protecteur contre la détresse psychologique. À l'inverse, le fait d'être en marge du marché du travail et de ne pas avoir accès à ces différentes formes de soutien ou simplement le fait de penser que c'est le cas sont des facteurs qui font augmenter significativement le niveau de détresse psychologique.

Mots-clés : Accident de travail, arrêt de travail, dépression, détresse psychologique, lésion professionnelle, processus d'indemnisation, santé mentale, soutien social, travail, travailleur.

Abstract

The main objective of this master's thesis is to better understand the role of the different actors encountered by workers in work stoppage, due to an accident which occurred because of work or while working, on their mental health and on their path. Secondly, it is important to determine the effect that social support can have on the level of psychological distress felt by these workers. In order to carry out this research, data were collected from interviews with patients of a polyclinic of Montreal who were in work stoppage.

Based on a sample of 12 workers, this study revealed that different actors have an influence on the path of those workers and that multiple social support factors have an impact on the level of well-being or psychological distress of those individuals. Indeed, having emotional, material, instrumental, informational, esteem, affiliation or tangible support, being integrated socially, feeling useful and needed, being able to confirm its value and to obtain practical or material support, are all social support factors which protect against psychological distress. Conversely, being excluded from the labor market, not being able to have access to those different forms of support or even the simple fact of perceiving it as such, are all factors which significantly increase the level of psychological distress.

Keywords: work accident, work stoppage, depression, psychological distress, occupational injury, compensation process, worker's claim, mental health, social support, work, workers.

Table des matières

Résumé.....	i
Remerciements	viii
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Le parcours administratif.....	4
1.1. L'accident de travail	4
1.2. L'arrêt de travail	7
1.2.1. La CSST.....	8
1.2.2. Le BEM.....	11
1.2.3. La CLP	13
1.3. Un retour au travail possible?	15
1.4. Conclusion	15
Chapitre 2 : Revue de la littérature.....	16
2.1. Les acteurs comme déterminants sociaux de la santé	17
2.1.1. Le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991).....	19
2.1.2. Le modèle de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS.....	20
2.2. Le sens de la relation au travail.....	22
2.2.1. Le travail	22
2.2.2. Le sens du travail	23
2.2.3. Le non-emploi.....	24
2.2.4. Hypothèse d'exposition	25
2.2.5. Les stratégies mobilisables	32
2.3. Le soutien social	35
2.3.1. Les cinq fonctions essentielles des relations.....	36
2.3.2. Les effets du soutien social sur la santé.....	38
2.4. La stigmatisation des problèmes de santé mentale	40
2.4.1. La stigmatisation de l'accident du travail	42
2.4.2. Les conséquences de la stigmatisation.....	43
Chapitre 3 : Méthodologie.....	44
3.1. Reformulation de la question	44
3.2. Méthodologie	44
3.3. Les limites de la démarche de recherche	49
3.4. Les considérations éthiques	52
Chapitre 4 : Résultats	55
4.1. Le cercle familial	56
4.2. Le cercle amical	59
4.3. Le cercle professionnel	60
4.4. Le cercle médical	62
4.5. La CSST.....	64
4.6. Le BEM.....	69
4.7. La CLP	69

4.8. Conclusion	70
Chapitre 5 : Discussion.....	72
5.1. Le cercle familial, amical et professionnel	72
5.2. Le cercle médical	74
5.3. Les différentes instances	76
5.3.1. Des délais qui engendrent stress et problèmes de santé mentale.....	77
5.3.2. Prouver son état ou retourner travailler	78
5.3.3. Où il y a du stress, il y a un risque pour la santé mentale.....	82
Conclusion	85
Bibliographie	88

Liste des figures

Figure 1 : Modèle de Dahlgren et Whitehead (1991)	19
Figure 2 : Modèle de la CSDH/CDSS (2007).....	21

Liste des tableaux

Tableau 1 : Données sociodémographiques	48
Tableau 2 : Données sociodémographiques (suite)	49

À ma famille et mes amis

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de recherche, madame Estelle Carde, pour son encadrement, son soutien, sa disponibilité et ses encouragements.

Je remercie également la polyclinique d'avoir accepté que je rencontre certains de leurs patients ainsi que certains des professionnels de la santé qui y travaillent. Un merci tout spécial à toi, Cynthia, tu as été plus que fantastique.

Merci à mes anciennes collègues de travail, Laurence, Anie, Andréanne et Véronique, qui ont toujours su m'écouter, m'épauler et qui sont parvenues à me faire rire malgré les circonstances.

Un immense merci à mes amies, Marie-Pier, Marie-Anik, Joannie, Laurance et Annie-Josiane, qui m'ont appris à faire la part des choses dans les moments plus critiques. Merci pour votre réconfort si précieux, pour votre amour, pour votre aide et pour votre appui inconditionnel. À plusieurs moments où je ne m'en sentais plus capable et où la motivation semblait impossible à retrouver, ces moments où je n'y croyais tout simplement plus, vous, vous n'avez jamais cessé d'y croire, de croire en moi, et pour ça, je vous en serai éternellement reconnaissante. Je vous attribue une grande part de mes accomplissements. Vous savoir présentes à mes côtés est plus qu'une force pour moi. Merci d'être là et sachez que je vous aime énormément.

Pour finir, je tiens à remercier ma famille, plus particulièrement mon père, Mario, ma mère, Manon ainsi que mes frères et sœurs, Yannick, Kim et Marie-Soleil.

Introduction

Un travailleur se blesse au travail. Il ne peut pas retourner travailler étant donné la gravité de sa blessure. Il tombe donc en arrêt de travail. Ne plus travailler signifie aussi ne plus recevoir de salaire. Sur qui ces travailleurs comptent-ils financièrement ? C'est vers la CSST qu'ils se tournent afin d'obtenir une indemnité de remplacement du revenu (IRR). Celle-ci n'est toutefois pas toujours facile à obtenir et les délais avant de la recevoir placent le travailleur dans une situation financière précaire. Les médicaments nécessaires, les soins requis et les visites chez les différents professionnels de la santé font grimper la facture à une vitesse fulgurante.

Que le travailleur obtienne l'IRR ou que celle-ci lui soit refusée, dans les deux cas, le travailleur se retrouvera éventuellement dans la même position : prouver son état de santé, puisque lorsqu'une blessure prend du temps à guérir, l'avis de différents experts est requis. Rencontre avec le médecin de l'employeur, avec celui de la CSST et du BEM, les diagnostics se multiplient, ceux-ci étant rarement en faveur du travailleur accidenté. C'est bien souvent à un retour au travail forcé, à une aggravation de son état de santé ainsi qu'à un retour à la case départ que le travailleur est confronté s'il n'arrive pas à prouver son état de santé et donc, à recevoir les soins nécessaires.

Qui prend la facture pendant ce temps ? Bien souvent, c'est le travailleur. C'est pourquoi celui-ci a besoin du soutien de ses proches afin de ne pas sombrer dans le désespoir. Cependant, même pour ceux-ci, il est difficile de comprendre la douleur qui peut être ressentie. Résultat ? Le travailleur ne se sent pas compris, écouté et soutenu. C'est maintenant sa santé mentale qui en est affectée.

Ne plus être sur le marché du travail, devenir dépendant des autres, ne plus pouvoir subvenir à ses besoins, se sentir stigmatisé de part et d'autre, ne pas obtenir de soutien financier, mais aussi social, se sentir seul, abandonné... Ce sont tous des éléments qui viennent à amener le travailleur à sombrer dans la dépression ou encore dans une détresse psychologique profonde.

La question de départ de ce mémoire porte sur les raisons qui font que des travailleurs se retrouvent dans cette situation. Quelle est leur trajectoire ? Comment sont-ils arrivés là ? Comment vient une personne qui était à la base en arrêt de travail pour une blessure physique à développer des problèmes de santé mentale ? De quelle façon interagissent les différents acteurs que rencontrent des travailleurs en arrêt de travail suite à un accident survenu par le fait ou à l'occasion de leur travail sur la trajectoire et la santé mentale de ceux-ci ? À quel point les différents acteurs jouent-ils un rôle sur la possibilité de développer un problème de santé mentale suite à un arrêt de travail ?

Le chapitre un sera une mise en contexte du parcours administratif par lequel passent les travailleurs en arrêt de travail, et ce, à partir du moment qu'ils ont leur accident de travail jusqu'à leur retour à l'emploi lorsqu'il a lieu. Cela permettra de mieux comprendre les différentes étapes ainsi que les différents acteurs qui entrent en jeu lors d'un arrêt de travail. Le chapitre deux sera consacré à la revue de la littérature. Divisé en quatre sections, il portera sur les déterminants sociaux de la santé, la place qu'occupe le travail dans la vie des individus, l'importance du soutien social apporté par certains acteurs pour le bien-être et la santé des individus et l'impact de la stigmatisation. Le chapitre trois sera consacré à l'exposition de la question de recherche ainsi qu'à la démarche méthodologique utilisée. Le chapitre quatre présentera les résultats qui sont ressortis des différents entretiens menés avec les travailleurs et les professionnels de la santé rencontrés en clinique. Les impacts des différents acteurs sur la

santé mentale des travailleurs en arrêt de travail seront présentés tels qu'ils se sont dégagés dans le discours de ces travailleurs. Finalement, le chapitre cinq explique en quoi le matériel recueilli vient appuyer, nuancer ou contredire la littérature existante.

Chapitre 1 : Le parcours administratif

Lorsqu'un travailleur a un accident de travail, il entre dans un parcours administratif et médico-légal. Ce parcours a plusieurs effets sur la santé du travailleur et dans bien des cas, particulièrement sur la santé mentale de celui-ci. Il est important de comprendre ce parcours et chacune de ces phases.

Ce chapitre se compose de deux grandes sections. Dans la première section, l'accident de travail sera abordé afin de répondre à certaines questions. Qu'est-ce qu'un accident de travail ? Qu'est-ce qu'une demande d'indemnisation ? Quelles sont les démarches à suivre, les procédures à comprendre et à respecter ? Dans la deuxième section, c'est de l'arrêt de travail dont il sera question. L'indemnisation de celui-ci va requérir une multitude d'examens médicaux et la prise en charge par différentes instances telles que la CSST, le BEM ou encore la CLP.

1.1. L'accident de travail

Les travailleurs franchissent différentes étapes lorsqu'ils ont un accident de travail. En tout premier lieu, le travailleur avise son employeur qu'un accident est survenu. C'est d'ailleurs aussi le cas lorsqu'un travailleur pense avoir développé une maladie professionnelle. Il consulte par la suite un médecin afin d'obtenir une attestation médicale qui prouve qu'une lésion (blessure ou maladie) a été causée par le travail et que celle-ci l'empêche de retourner travailler, et ce, au-delà de la journée de l'accident. Bien évidemment, le travailleur passe tous

les examens médicaux nécessaires et suit les traitements recommandés par son médecin.¹

Cependant, chaque accident de travail est particulier et chaque personne réagit différemment. C'est pourquoi les individus qui font face aux répercussions d'un accident de travail ont tous un parcours propre à leur histoire. Chaque situation étant unique, pour s'assurer que l'événement qui a causé une blessure au travailleur est un accident de travail, il faut se référer à la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP) adoptée le 19 août 1985.

Celle-ci « circonscrit les droits et obligations des travailleurs et des employeurs dans le cas où un travailleur subit un accident du travail, contracte une maladie professionnelle, ou subit ultérieurement des problèmes de santé reliés à sa lésion initiale (rechute, récurrence ou aggravation) » (Lippel et coll., 2005: 11). C'est sur la base de cette loi qu'un travailleur peut être admissible ou non aux indemnités et aux services qui sont prévus par la loi en cas d'accident de travail. Celle-ci décrit un accident de travail comme « un événement imprévu et soudain, attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail, et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle ».² Pour que cette réglementation s'applique, plusieurs critères sont à respecter³ :

1. Tout d'abord, il faut qu'il y ait un fait accidentel, c'est-à-dire un événement qui survient soudainement et qui se produit d'une manière imprévue. Un accident peut résulter de gestes faits en exécutant un travail, comme un effort soutenu et inhabituel ou même un geste qui

¹ CNESSST [en ligne], <http://www.csst.qc.ca/travailleurs/accident-du-travail-ou-maladie-professionnelle/Pages/qu-est-ce-qu-un-accident-du-travail.aspx> (page consultée le 24 février 2016).

² CNESSST [en ligne], <http://www.csst.qc.ca/travailleurs/accident-du-travail-ou-maladie-professionnelle/Pages/qu-est-ce-qu-un-accident-du-travail.aspx> (page consultée le 24 février 2016).

³ CNESSST [en ligne], <http://www.csst.qc.ca/travailleurs/accident-du-travail-ou-maladie-professionnelle/Pages/qu-est-ce-qu-un-accident-du-travail.aspx> (page consultée le 24 février 2016).

pourrait être répréhensible, pour autant qu'il ne s'agit pas d'une négligence grossière et volontaire de la part du travailleur.

2. L'événement peut se produire par le fait du travail : il est alors relié directement aux activités pour lesquelles le travailleur est employé et il survient alors qu'il exécute ses tâches.

3. L'événement peut aussi se produire à l'occasion du travail. Dans ce cas, le travailleur n'est peut-être pas en train de faire le travail qu'il exécute normalement, mais les activités qu'il exerce sont connexes à ce travail. C'est le lien d'autorité qui unit l'employeur et le travailleur qui est alors le critère déterminant : il est donc important que le travailleur, au moment de l'accident, se trouve sous le contrôle, la subordination ou la surveillance de l'employeur. Les circonstances de l'accident, le lieu et le moment où il survient sont également des critères qui sont considérés.

4. Enfin, un événement est considéré comme un accident du travail s'il engendre une lésion professionnelle, c'est-à-dire une blessure ou une maladie. Il est important qu'il y ait une relation de cause à effet et non seulement une coïncidence entre l'accident et la lésion.

De plus, la loi définit une blessure qui arrive sur le lieu de travail comme étant une lésion professionnelle, ce qui fait en sorte qu'une fois les éléments démontrés, le travailleur n'a pas à présenter d'autres preuves à son employeur, il peut alors recevoir les indemnités prévues de la part de son employeur et de la CSST. Cependant, l'employeur a tout autant que le travailleur d'ailleurs des droits dans une telle situation. En effet, une fois la demande déposée par le travailleur et la décision de la commission rendue, « si la réclamation du travailleur est acceptée, l'employeur pourra contester la décision ; dans le cas contraire, le travailleur a le droit de contester le refus de sa demande » (Lippel et Cox, 2012: 166). L'employeur peut décider de contester les faits dans les trente jours suivant la décision initiale

rendue par la CSST.

1.2. L'arrêt de travail

Au Québec, « les personnes blessées ou malades ont un accès universel aux soins de santé que requiert leur lésion, et ce sans contribution de leur part » (Lippel, 2006: 92). Lorsque l'incapacité d'une personne à retourner travailler est reliée à un accident automobile, un acte criminel ou une lésion professionnelle « des régimes d'assurance publics prévoient des indemnités représentant 90 % du revenu net établi sur la base d'un revenu brut comportant un maximum assurable (57 000 \$ en 2006) ainsi que des prestations assurant la réparation à long terme dans les cas de perte de capacité de gain permanente » (Lippel, 2006: 92).

Dans le cas où la lésion ne soit pas reliée à l'une de ces causes, un régime général va venir assurer, pour un maximum de 15 semaines, un remplacement du revenu équivalant à 55 % du salaire. Après ce délai, la personne n'a plus accès au remplacement de son revenu à moins de bénéficier d'une assurance collective contractée dans le cadre de son entreprise ou encore d'une assurance personnelle privée.

La personne qui ne bénéficie d'aucune de ces deux assurances compte sur ses épargnes et sur les revenus de sa famille à moins que « le revenu familial ne lui donne accès au régime de sécurité du revenu, régime de dernier recours qui tient compte des revenus et des biens de toute la famille et qui fournit des prestations » (Lippel, 2006: 92).

Lorsqu'une personne fait face à une incapacité totale et permanente, c'est alors à la Régie des rentes du Québec de lui fournir une rente d'invalidité si la personne est admissible. Pour recevoir cette rente d'invalidité, il est nécessaire que la personne ait versé des cotisations

suffisantes avant que l'événement qui a causé son invalidité survienne. En 2006, le montant annuel maximum était de 12 372,24 \$ (Lippel, 2006: 92).

Dans le cas des travailleurs qui ont un accident de travail, l'employeur verse 100 % du salaire du travailleur pour la journée de l'accident. Dans le cas où le travailleur ne puisse reprendre son travail après la journée de l'accident, et qu'il obtient une attestation médicale qui le confirme, l'employeur lui verse une indemnité. Celle-ci est versée à la date habituelle de versement de la paye. De plus, dans le cas où le travailleur soit toujours absent dans les 14 jours qui suivent l'événement, l'employeur lui paie 90 % de son salaire net pour les jours où il aurait normalement travaillé. Cependant, si l'absence se prolonge au-delà de 14 jours, alors c'est à la CSST que revient la responsabilité de verser au travailleur une indemnité de remplacement du revenu.

1.2.1. La CSST

La *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* permet aux travailleurs d'obtenir l'indemnisation de la lésion qui a causé chez eux une incapacité dans la mesure où celle-ci est reliée à un accident de travail ou une maladie professionnelle au sens de loi. Cette loi traite des questions liées à la réparation des lésions professionnelles et des conséquences que celles-ci entraînent pour les travailleurs.

La Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)⁴, un organisme

⁴ La CSST fait dorénavant partie, depuis le 1^{er} janvier 2016, de la CNESST, c'est-à-dire de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. En juin 2015, l'Assemblée nationale a adopté le projet de loi n° 422 visant à regrouper la Commission de l'équité salariale (CES), la Commission des normes du travail (CNT) et la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Le volet « santé et sécurité du travail de la CNESST a donc comme mission de : soutenir les employeurs et les travailleurs

gouvernemental québécois créé en 1979, indemnise les travailleurs québécois qui se sont blessés au travail afin d'appliquer et de respecter la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*.

C'est pourquoi lorsqu'un travailleur a un accident de travail, la première instance à laquelle il fera face est la CSST. Celle-ci veille aussi à l'application des lois liées à la santé et à la sécurité au travail, fait la promotion de la santé et sécurité au travail et adopte des règlements liés à ce domaine. Le but est de réduire les risques d'accidents et de maladie professionnelle dans les milieux de travail. Elle vise : la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, la prise en charge de la santé et de la sécurité par les milieux de travail, l'indemnisation des victimes de lésions professionnelles et la réadaptation de celles-ci. La CSST a la responsabilité de conseiller et de soutenir les travailleurs qui ont eu un accident de travail.

La CSST accorde des indemnités à 85 % des dossiers qui lui sont soumis, soit une centaine de milliers par année. Elle permet à ces travailleurs de recevoir 90 % de leur salaire net tout au long de leur convalescence. Le régime paie aussi les frais de physiothérapie, d'acupuncture, d'ergothérapie ainsi que les médicaments.

Cet organisme est financé par les employeurs du Québec et agit comme un assureur.

Tous les salariés du Québec ont le droit de recevoir de l'aide de la CSST, et ce, même si

dans leurs démarches pour rendre leur milieu de travail plus sécuritaire, inspecter les lieux de travail pour assurer le respect des droits et des obligations prévus par la Loi sur la santé et la sécurité du travail, rendre accessible de l'information sur les risques relatifs à des milieux de travail spécifiques, indemniser les travailleurs victimes d'une lésion professionnelle et rembourser les frais admissibles encourus, veiller à ce que les travailleurs victimes d'une lésion professionnelle reçoivent l'assistance médicale et la réadaptation nécessaires, collaborer avec les employeurs dans le but d'assurer aux travailleurs qui ont subi une lésion professionnelle un retour en emploi prompt et durable, effectuer l'inscription et l'établissement des modalités de la couverture d'assurance des employeurs, accompagner les employeurs dans l'application et le suivi des modalités de leur couverture d'assurance.

CNESST [en ligne], <http://www.csst.qc.ca/Pages/index.aspx> (page consultée le 11 mai 2016).

l'employeur n'y a pas cotisé. Même les travailleurs autonomes et les travailleurs bénévoles y ont droit, mais certaines conditions sont à respecter pour qu'ils soient admissibles. De plus, un travailleur qui se blesserait à l'extérieur du Québec est aussi admissible à la CSST pourvu qu'il ait été embauché au Québec. Les principales indemnités offertes par la CSST sont les suivantes : l'indemnité de remplacement de revenu qui représente 90 % du salaire net et qui est accordée à partir du premier jour où le travailleur accidenté devient incapable d'exercer son emploi; l'indemnité pour les dommages corporels permanents; les allocations d'aide personnelle qui sont accordées à l'accidenté qui est incapable d'assumer ses besoins corporels et domestiques; les frais pour l'adaptation de la maison ou la voiture d'un travailleur handicapé.

Toutefois, lorsqu'un travailleur fait une réclamation à la CSST, l'employeur peut décider de faire évaluer par un médecin de son choix l'état de santé du travailleur s'il doute que la lésion soit liée à un accident du travail. Le médecin désigné par l'employeur peut se prononcer sur différents aspects : la relation entre l'événement et le diagnostic, la date de consolidation, la présence préalable d'une condition personnelle, etc. Lorsque le rapport de celui-ci vient contredire ou invalider le rapport médical du médecin de famille qui a la charge du travailleur, alors l'employeur peut décider de contester devant le Bureau d'évaluation médicale (BEM).

Se basant sur l'opinion du médecin traitant du travailleur, la CSST peut, elle aussi, décider de contester le rapport médical du médecin du travailleur devant le BEM. Elle peut donc décider de vérifier le diagnostic émis par celui-ci. En cas de doute, elle peut désigner un médecin ou même plusieurs médecins afin d'examiner le patient. Bref, tout comme l'employeur, la CSST peut faire examiner les travailleurs par différents spécialistes, afin de s'assurer, sur la base du

témoignage de ces différents spécialistes, que le travailleur n'exagère pas sa situation ou encore que ses problèmes sont bien reliés à l'accident et donc, qu'il n'est pas apte à retourner au travail.

1.2.2. Le BEM

Le bureau d'évaluation médicale (BEM) est sous la responsabilité du Secrétariat du travail, et ce, depuis le moment de sa création en 1992. L'organisation est indépendante de la CSST, qui a une mission à caractère administratif, et du Tribunal administratif du travail (TAT), qui a une mission à caractère plutôt légal.

Le BEM a « le mandat d'appliquer le mécanisme d'évaluation médicale prévu aux articles 216 à 224.1 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*. Il intervient en cas de divergence d'opinions médicales entre le médecin qui a charge du travailleur et le médecin désigné par l'employeur ou par la CSST. Le BEM peut également émettre un avis à la demande de la CSST ». ⁵ Autrement dit, il évalue l'état de santé du travailleur. En effet, lorsque le dossier d'un accidenté du travail s'enlise dans les différents avis des experts consultés, la CSST fait appel au BEM.

Le BEM fournit « des évaluations médicales conformes aux connaissances scientifiques actuelles. Pour ce faire, il s'appuie sur des professionnels de la santé compétents et reconnus par leurs pairs. Ceux-ci détiennent une expertise reliée à différentes pathologies du

⁵ *Travail, emploi et solidarité sociale* [en ligne], https://www.travail.gouv.qc.ca/evaluation_medicale/bureau_devaluation_medicale.html (page consultée le 29 février 2016).

travail ».⁶ Les évaluations médicales portent sur différents sujets : le diagnostic, la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion, les traitements administrés ou prescrits, l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, les limitations fonctionnelles du travailleur.

Lorsque l'employeur demande l'avis médical du BEM, par exemple, la CSST va communiquer au BEM la contestation de l'employeur ainsi que le dossier médical du travailleur. Elle avise aussi le ministre du Travail puisque c'est lui qui va décider quel membre du BEM va intervenir dans le dossier en litige.

Une fois que l'avis médical a été complété, le médecin traitant va recevoir un rapport complémentaire afin de s'assurer que les conclusions présentées dans les documents sont bien les siennes puisque ce rapport sera par la suite transmis au membre du BEM choisi précédemment. Celui-ci se prononcera par la suite sur le diagnostic, la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion, la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits, l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur, l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travail. En rendant son pronostic, le membre du BEM va confirmer ou infirmer les conclusions présentes dans les rapports des différents professionnels de la santé impliqués. Une fois le pronostic rendu, il va être remis au travailleur, à l'employeur ainsi qu'à la CSST. Il peut aussi, dans certains cas, être remis au médecin du travailleur, au médecin de l'employeur ou encore au médecin de la CSST. La CSST rendra, par la suite, une décision en réponse aux conclusions obtenues du membre du BEM. La décision entourant la

⁶ *Travail, emploi et solidarité sociale* [en ligne], https://www.travail.gouv.qc.ca/evaluation_medicale/bureau_devaluation_medicale.html (page consultée le 19 avril 2016).

relation entre la blessure ou la maladie et le travail relève de la CSST et non du BEM. Il revient aussi d'ailleurs à la CSST de décider si le travailleur reprendra son travail ou non. Celle-ci peut également décider de modifier le poste de travail ou encore de réorienter le travailleur dans un autre type de travail.

Cependant, toutes les décisions de la CSST peuvent être contestées par l'employeur ou encore par le travailleur. C'est pourquoi lorsqu'une décision rendue par la CSST conformément à un avis du BEM est remise en question, le contestataire se présente devant la Commission des lésions professionnelles (CLP)⁷. Aucune décision prise par celle-ci ne peut être modifiée, il s'agit de la dernière étape du processus.

1.2.3. La CLP

La CLP est « un tribunal administratif de dernière instance spécialisé en santé et sécurité du travail. Les employeurs et les travailleurs qui souhaitent contester une décision de la CSST peuvent s'adresser à la CLP, une instance paritaire. Ils auront alors le choix de recourir au service de conciliation de la CLP ou d'être entendus par un juge administratif lors d'une audience ».⁸ La personne qui n'est pas en accord avec la décision rendue par la CSST à la suite d'une demande de révision peut contester cette décision devant la CLP en remplissant

⁷ Le Tribunal administratif du travail (TAT) remplace la Commission des lésions professionnelles (CLP) et la Commission des relations du travail (CRT) depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2016, de la Loi instituant le Tribunal administratif du travail. Le Tribunal administratif du travail est appelé à statuer sur les recours exercés en vertu d'une quarantaine de lois dans le domaine de l'emploi et des relations du travail, ce qui en fait un tribunal unique en son genre au Canada.

Tribunal administratif du travail [en ligne], <http://www.tat.gouv.qc.ca> (page consultée le 11 mai 2016).

⁸ *Tribunal administratif du travail* [en ligne], <http://www.clp.tat.gouv.qc.ca/la-commission/mission-et-organigramme> (page consultée le 29 février 2016).

un formulaire de contestation. Par la suite, la personne peut décider d'opter pour la conciliation ou pour l'audience.

La conciliation est « un mode de règlement qui permet aux parties - les travailleurs, les employeurs et parfois la CSST - de trouver un règlement satisfaisant de part et d'autre, sans aller en audience »⁹. Dans le cas où les parties s'entendraient, un conciliateur va rédiger les documents relatifs au règlement. Celui-ci peut être un accord ou encore un désistement accompagné parfois d'une entente privée entre les parties. Une fois signé par les différentes parties, le règlement est soumis à un juge administratif de la CLP pour entérinement, en d'autres mots, il représente la décision finale du tribunal et met fin aux procédures.

Cependant, si les différentes parties n'arrivent pas à s'entendre, une audience aura lieu devant un juge administratif de la CLP. Le déroulement de l'audience se fait en trois étapes : la présentation de la preuve, l'argumentation et la décision finalement et sans appel du juge. Lors de la présentation de la preuve, les différentes parties vont présenter leurs preuves ainsi que faire entendre leurs témoins. C'est à ce moment que les autres parties peuvent poser des questions pourvu que celles-ci soient claires et bien comprises. Par la suite, lors de l'argumentation, les différentes parties sont amenées à donner les raisons pour lesquelles, selon elles, le tribunal confirmerait, modifierait ou encore annulerait la décision de la CSST. En définitive, le juge administratif va rendre sa décision dans les deux à trois mois qui vont suivre l'audience en général. Cette décision sera transmise à toutes les parties et elle est finale et sans appel. Les différentes parties n'auront d'autres choix que de s'y conformer immédiatement. Bien des éléments peuvent mener un travailleur devant la commission : le diagnostic médical, le calcul des indemnités, le processus de réadaptation, la capacité de

⁹ *Tribunal administratif du travail* [en ligne], <http://www.clp.tat.gouv.qc.ca/etapes-de-la-contestation/conciliation/> (page consultée le 25 mai 2016).

retourner travailler, la reconnaissance d'une rechute, etc. C'est pourquoi il n'est pas rare que des accidentés du travail comparaissent à plusieurs reprises devant la CLP puisque plusieurs éléments peuvent être contestés indépendamment.

1.3. Un retour au travail possible?

Ce ne sont pas tous les accidentés du travail qui vont retrouver entièrement leurs capacités. Certains vont en garder des séquelles toute leur vie. La CSST a cependant la responsabilité de trouver un emploi convenable à ces travailleurs. Trois conditions sont à respecter par les conseillers de la CSST : le nouvel emploi ne pose pas un danger qui pourrait aggraver l'état de santé du travailleur, le travailleur est qualifié pour occuper l'emploi ou obtiendra la formation nécessaire, il existe des possibilités raisonnables d'embauche (Forget, 2008). Cependant, certains travailleurs ne pourront tout simplement pas retourner sur le marché du travail.

1.4. Conclusion

Comme il a été démontré, il y a de nombreuses étapes au processus administratif et médico-légal entourant la demande d'indemnisation à la CSST. Étant donné la complexité du processus, il était important de bien comprendre chacune des étapes de celui-ci puisqu'au cours des prochains chapitres, c'est l'impact qu'il a sur la santé mentale des travailleurs en arrêt de travail qui sera abordé.

Chapitre 2 : Revue de la littérature

Ce chapitre se compose de quatre sections. Dans la première section, les déterminants sociaux de la santé seront présentés afin de mieux comprendre par quoi est influencé l'état de santé d'un individu. Pour ce faire, deux modèles seront présentés : le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991) et le modèle de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Dans la deuxième section, plusieurs points seront abordés concernant la place qu'occupe le travail dans la vie des individus. Les notions de travail et d'emploi seront d'abord différenciées étant donné que ce sont des termes qui seront employés tout au long des chapitres, il est donc important de bien comprendre leur signification. Par la suite, le sens que les individus donnent à leur travail et les répercussions de la situation de non-emploi seront abordés afin de saisir l'importance du travail dans la vie des individus et donc, l'impact que peut avoir le fait d'être en arrêt de travail sur la santé de ceux-ci. Une méta-analyse sera aussi exposée afin de mieux comprendre les effets d'être en arrêt de travail sur le bien-être psychologique et physique d'une personne. Finalement, différentes stratégies mobilisables seront évoquées puisqu'il est possible pour les personnes en arrêt de travail de se protéger des effets destructeurs que la situation de non-emploi peut occasionner. Dans la troisième section, il sera question de l'importance du soutien social apporté par certains acteurs pour le bien-être et la santé des individus. Les cinq fonctions essentielles des relations seront explicitées : le soutien émotionnel, l'intégration sociale, l'occasion de se sentir utile et nécessaire, la

confirmation de sa valeur ainsi que l'acquisition d'aide concrète et matérielle. Les effets du soutien social sur la santé vont aussi être explicités à l'aide du modèle des effets directs dans cette section. Finalement, dans la quatrième section, c'est la stigmatisation qui sera abordée : la stigmatisation des problèmes de santé mentale, mais aussi la stigmatisation de l'arrêt de travail.

2.1. Les acteurs comme déterminants sociaux de la santé

L'état de santé d'un individu est influencé par différents facteurs : l'âge, le genre, l'origine ethnique et raciale, le niveau de scolarité, la profession, le revenu, etc. Les facteurs d'ordre socioéconomique sont en interaction les uns avec les autres, mais ils sont aussi en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. C'est ce qu'on désigne comme étant des déterminants de la santé. Ceux-ci n'agissent pas isolément puisque c'est la combinaison de leurs effets qui va venir influencer l'état de santé d'une personne.

Les déterminants de la santé les plus souvent retenus sont les suivants : le niveau de revenu, le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation, l'alphabétisme, l'emploi, les conditions de travail, les environnements sociaux, les environnements physiques, les habitudes de santé, la capacité d'adaptation personnelle, la petite enfance, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe et la culture.

Les déterminants de la santé sont divisés en quatre champs qui peuvent venir influencer l'état de santé d'un individu. Ces quatre champs sont les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes et le contexte global. La perspective micro et macro permettent d'expliquer ce qui influence l'état de santé d'une personne. De plus, étant donné que la

majorité des facteurs qui influencent la santé d'un individu sont des déterminants sociaux et donc, qu'ils sont des produits de l'action humaine, il est possible d'agir sur eux.

Le premier champ comporte les caractéristiques biologiques et génétiques, les compétences personnelles et sociales, les habitudes de vie et les caractéristiques socioéconomiques. Le deuxième quant à lui inclut le milieu familial, le milieu de garde et scolaire, le milieu de travail, le milieu d'hébergement ainsi que la communauté locale et le voisinage. Le troisième champ comporte les systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance, le système de santé et de services sociaux, l'aménagement du territoire, le soutien à l'emploi et la solidarité sociale et les autres systèmes et programmes. Le quatrième et dernier champ va inclure le contexte politique et législatif, le contexte économique, le contexte démographique, le contexte social et culturel, le contexte scientifique et technologique ainsi que l'environnement naturel et les écosystèmes.

Il existe plusieurs modèles explicatifs de ces déterminants de la santé dont le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991), le modèle de Diderichsen et Hallqvist (1998), le modèle de Mackenbach (1994), le modèle de Brunner, Marmot et Wilkinson (1999) et le modèle de la CSDH/CDSS de l'OMS (2007).

Deux exemples de représentations schématiques des déterminants de la santé seront présentés afin de mieux comprendre. Le premier modèle sera celui de Dahlgren et Whitehead (1991) et le deuxième celui de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2007).

2.1.1. Le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991)

Le modèle de Dahlgren et Whitehead présente les déterminants sociaux en quatre niveaux qui interagissent les uns avec les autres.

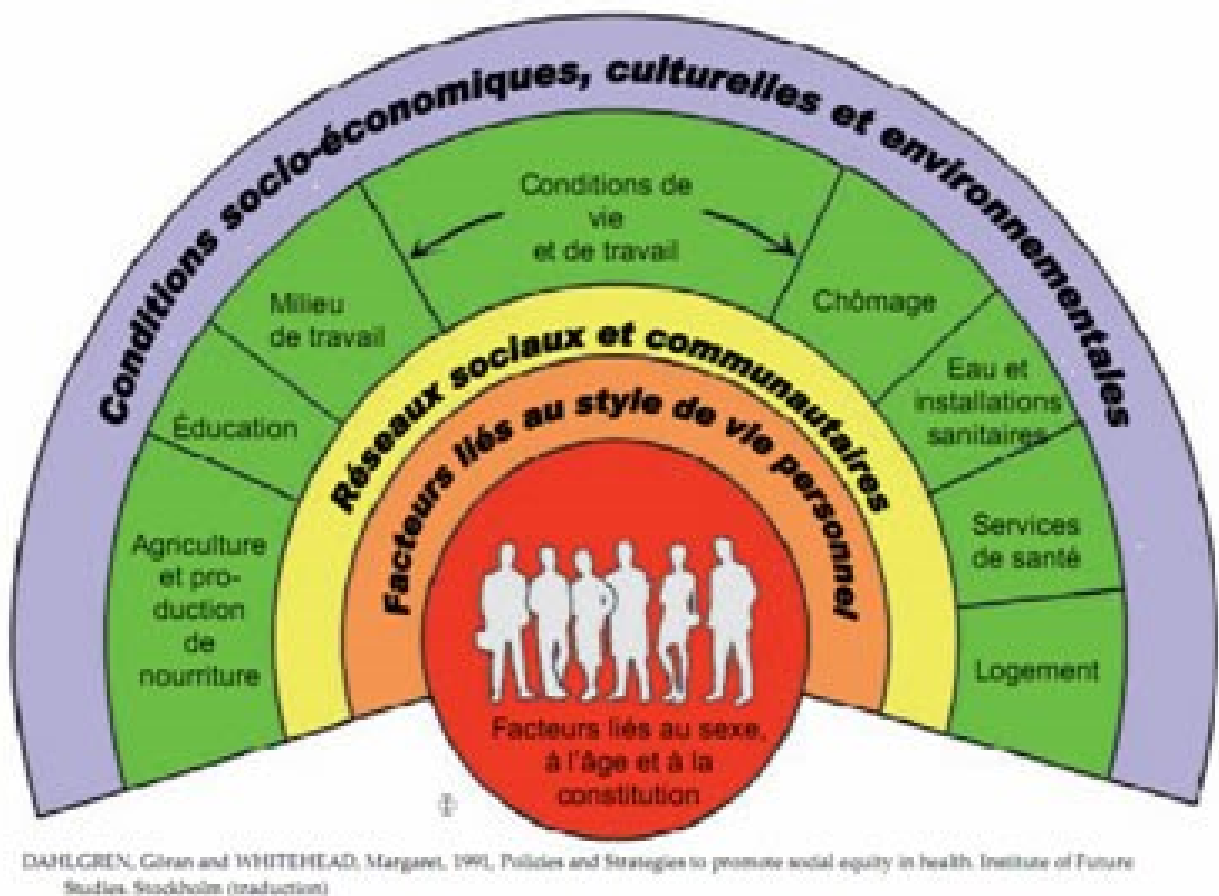


Figure 1 : Modèle de Dahlgren et Whitehead (1991)

Le premier niveau comporte les facteurs liés au style de vie personnel. Les comportements et les styles de vie personnels qu'une personne adopte peuvent être influencés par les relations avec les amis ou encore par l'ensemble de la collectivité. Ces comportements et ces styles de

vie personnels peuvent être défavorables pour la santé d'une personne si celle-ci adopte des comportements néfastes comme le tabagisme, l'alcoolisme, etc.

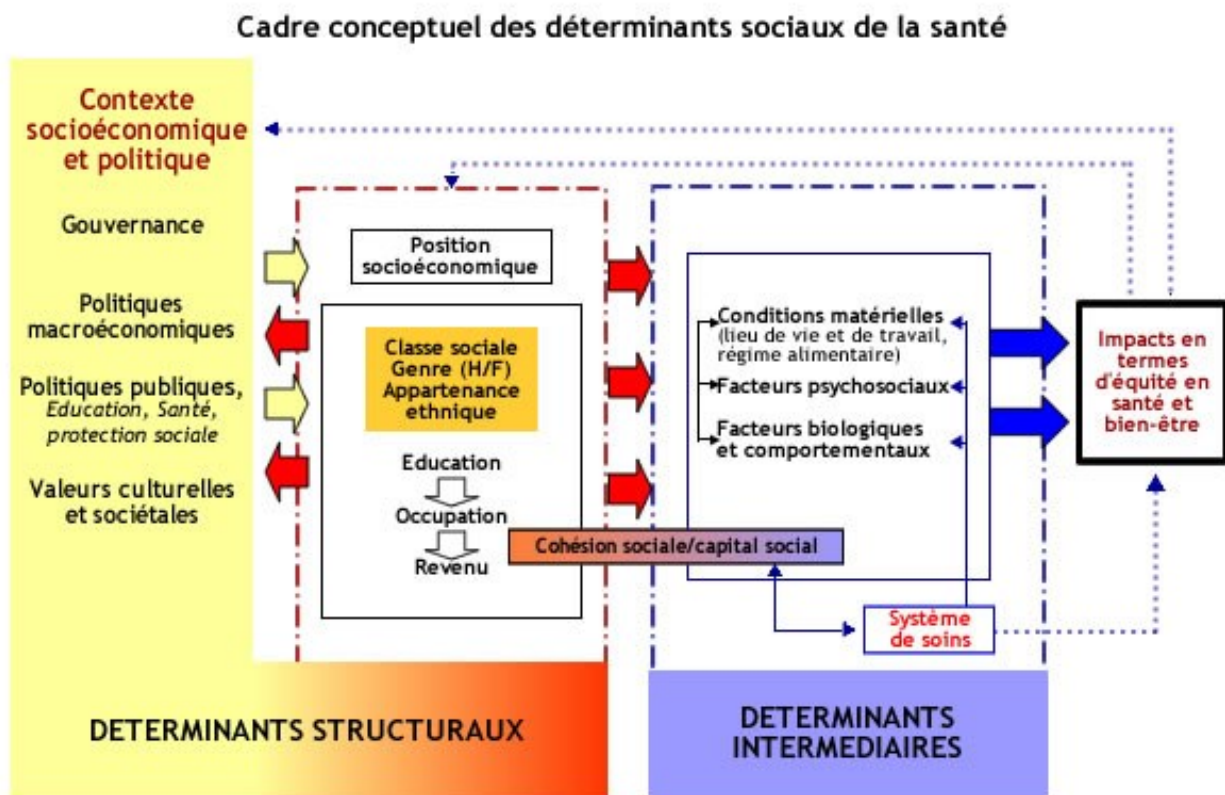
Le deuxième niveau concerne les réseaux sociaux et communautaires. Les influences sociales et collectives sont aussi très importantes puisqu'elles influencent le comportement d'un individu. Le fait de recevoir ou pas du soutien lors de situations défavorables a des effets importants sur la santé d'un individu.

Le troisième niveau comporte les facteurs liés aux conditions de vie et de travail, c'est-à-dire l'accès à un travail, aux services et aux équipements essentiels. Une personne qui vit dans des conditions d'habitat précaires, qui est exposée à des conditions de travail dangereuses et stressantes et qui a de la difficulté à avoir accès à certains services essentiels sera plus à risque au niveau de sa santé.

Le quatrième niveau concerne les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales. Ce dernier niveau se situe plus au niveau de la société en général : situation économique du pays, conditions du marché du travail, etc.

2.1.2. Le modèle de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS

Le modèle de la CSDH/CDSS prend en compte l'ensemble des déterminants reconnus. Il se fonde sur le principe selon lequel des déterminants structuraux seraient en interaction avec des déterminants intermédiaires.



Adapté à partir du document "CSDH framework for action" de l'OMS (2007)

Figure 2 : Modèle de la CSDH/CDSS (2007)

Les déterminants structuraux de l'état de santé d'un individu sont reliés au contexte politique et socioéconomique du pays dans lequel il vit. Certains facteurs ont un impact sur la distribution des déterminants de la santé : la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société. Les déterminants intermédiaires quant à eux sont reliés aux conditions matérielles, psychologiques, aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements des individus ainsi qu'à l'accès au système de santé. Il est toutefois impossible de déterminer le poids respectif de chaque déterminant étant donné que ceux-ci semblent varier fortement en fonction

du contexte. Un de ces déterminants intermédiaires sera d'ailleurs abordé dans la prochaine section : le travail.

2.2. Le sens de la relation au travail

« Le travail, comme l'amour, est une nécessité vitale pour le développement de la personne et de la société démocratique ». Ces paroles sont celles de Sigmund Freud. L'activité même du travail a, dans l'existence des personnes, différentes portées à la fois matérielles, sociales, économiques, psychologiques, psychiques et biologiques (Morin, 2008: 1). C'est pourquoi il est important de comprendre ce qu'est le travail et ce qui lui donne un sens.

2.2.1. Le travail

Il existe plusieurs définitions de ce qu'est un travail. Brief et Nord (1990) résument ces multiples acceptions en « une activité qui a un but ». Mais, en général, le travail est défini comme « une dépense d'énergie à travers un ensemble d'activités coordonnées visant à produire quelque chose d'utile » (Firth, 1948). Le travail peut être quelque chose d'agréable ou de désagréable tout comme il peut être associé ou pas à des échanges de nature économique (Morin, 2008: 1). Fryer et Payne (1984) définissent le travail comme étant « une activité utile, déterminée par un but défini au-delà du plaisir engendré par son exécution ». Le travail est une activité très importante pour les êtres humains ainsi que pour la société dans laquelle ceux-ci évoluent. Il est avant tout « une activité par laquelle une personne s'insère dans le monde, exerce ses talents, se définit, actualise son potentiel et crée de la valeur qui lui donne, en

retour, le sentiment d'accomplissement et d'efficacité personnelle, voire peut-être un sens à sa vie » (Morin, 2008: 2).

L'emploi, quant à lui, est « l'occupation de l'individu définie par l'ensemble des activités rétribuées, dans un système économiquement organisé » (Morin, 2008: 1). Fryer et Payne (1984) définissent l'emploi comme étant « des relations d'échanges institutionnalisées ». Contrairement au travail, l'emploi est toujours associé à une rétribution sous forme de salaire et c'est pourquoi cela implique que l'employé consent à laisser une autre personne lui dicter la nature de son travail ainsi que la manière de l'exécuter (Morin, 2008: 1).

2.2.2. Le sens du travail

Mais qu'est-ce que réellement le sens du travail ? Yalom (1980) définit le sens du travail de trois façons : la première est la signification du travail, la valeur du travail aux yeux du sujet et la définition ou la représentation qu'il en a ; la deuxième est la direction, l'orientation du sujet dans son travail, ce qu'il recherche dans le travail et les desseins qui guident ses actions ; la troisième est l'effet de cohérence entre le sujet et le travail qu'il accomplit, entre ses attentes, ses valeurs et les gestes qu'il pose quotidiennement dans le milieu de travail. Ce concept de cohérence entre le sujet et son travail est présent chez plusieurs auteurs. En effet, Morin aussi explique que le sens du travail peut être défini comme la cohérence qui existe entre une personne et son travail. Ce concept de cohérence soutient que « les idées qu'on a à propos de quelque chose tendent à s'organiser en systèmes d'équilibre et, par conséquent, toute incohérence entraîne des activités (intellectuelles, émotionnelles, comportementales, etc.) pour réinstaller l'équilibre » (Morin, 2008: 5). C'est pourquoi lorsqu'un individu est en harmonie et

en équilibre avec son travail, cette présence de cohérence va lui procurer un sentiment de sécurité psychologique et de sérénité. C'est d'ailleurs ce qui l'aidera à faire face aux différentes épreuves qu'il rencontrera. Brief et Nord (1990) expliquent quant à eux qu'il est possible de comprendre l'interprétation qu'un individu fait de son travail et ses intentions à propos de celui-ci en observant les facteurs de son développement personnel et sa perception de sa propre histoire. Cependant, d'autres facteurs déterminent le sens du travail comme l'idéologie dominante et la socialisation, les normes sociales, la technologie, l'économie, le langage, etc.

2.2.3. Le non-emploi

L'emploi est non seulement un droit fondamental, mais il est aussi la voie privilégiée de l'intégration sociale. Le travail est ainsi considéré comme « un déterminant de la santé et du bien-être des individus, comme une des façons les plus efficaces de promouvoir la santé mentale et l'inclusion sociale » (Charles, 2009: 11-12). De plus en plus de recherches « présentent le non-emploi comme une situation pouvant aggraver la détresse psychologique des personnes qui la vivent » (Charles, 2009: 22). La privation d'emploi serait liée à l'apparition de problèmes de santé non seulement physique, mais aussi mentale (Herman, 2007: 67). Le fait de ne pas participer d'une quelconque manière au marché du travail menacerait la santé mentale des individus. Ceux-ci seraient privés d'un soutien psychologique que l'emploi permet d'obtenir. Le travail permet « de structurer le temps, d'être en contact avec autrui, de partager des expériences, de jouer un rôle dans l'aventure humaine, de

s'accomplir personnellement, de donner un sens qui dépasse sa propre existence en plus d'offrir un statut et une identité sociale » (Charles, 2009: 22).

Les risques de pauvreté et d'exclusion sociale augmentent en situation de non-emploi. La pauvreté peut blesser la personne dans sa dignité, peut entraîner un sentiment d'incompétence personnelle et pourrait mettre à rude épreuve le moral de celle-ci (Robichaud, Guay, Colin et Pothier, 1994). D'ailleurs, « le fardeau quotidien » des personnes en situation de pauvreté serait caractérisé principalement par de l'insécurité, de la honte et de la culpabilité, du stress, de la privation et de la frustration, de l'humiliation et de la dévalorisation de soi, de la désespérance et de la révolte, de la folie, des idées suicidaires et de la dépression (Charles, 2009: 22). Être en situation de non-emploi amène bien plus qu'une insécurité financière et c'est pourquoi le non-emploi est considéré comme « porteur de mal-être » (Herman, 2007: 66).

2.2.4. Hypothèse d'exposition

Il est évident que la situation de non-emploi semble être une expérience difficile pour une très forte proportion des gens. Plusieurs travaux ont mis en évidence ce résultat et tous semblent arriver à la même conclusion : la situation de non-emploi « est à l'origine d'une souffrance psychologique caractérisée et de comportements préjudiciables à la santé » (Herman, 2007: 69). Le non-emploi est « un antécédent significatif de l'incidence accrue de symptômes physiologiques indicateurs de stress, de maladies physiques, de pensées suicidaires, voire de mortalité d'une manière générale » (Herman, 2007: 69).

Le nombre d'études sur le sujet s'accroît de plus en plus. Cependant, toutes ne fournissent pas des informations clarifiant la relation entre le non-emploi et la santé, et ce, souvent en raison de problèmes méthodologiques. Une méta-analyse pénètre cependant directement au cœur du problème.

2.2.4.1. La méta-analyse réalisée par McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J. (2005)

La méta-analyse qui sera présentée ici est celle de McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J. (2005), et c'est probablement la plus complète publiée à ce jour. Se basant sur plus de 104 études publiées entre 1980 et 2002, les résultats obtenus montrent une relation négative entre le non-emploi et des variables liées aux bien-être comme la santé mentale, la santé physique, la satisfaction éprouvée à l'égard de la vie en général, etc. Il existe donc bel et bien une corrélation entre le fait d'être en situation de non-emploi et l'altération du bien-être psychologique et physique.

Le non-emploi détériore la satisfaction à la vie ainsi que la qualité des relations avec autrui. Il affecte aussi le sentiment que les individus ont de pouvoir faire face aux événements qui se produisent dans leur vie. Les personnes en situation de non-emploi auraient un bien-être inférieur à celui des travailleurs puisque le bien-être semble décliner lorsque les individus passent de la situation de travail à celle de non-travail et semble augmenter lorsque les individus passent de la situation de non-travail à celle de travail (McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J., 2005).

Tous les travailleurs ne sont pas affectés de la même façon et au même niveau. Différents corrélats viennent expliquer cette hétérogénéité : les attitudes par rapport au travail, les ressources personnelles ou sociales, l'évaluation de la situation et les caractéristiques sociodémographiques.

2.2.4.1.1. Les attitudes par rapport au travail

Le premier corrélat, soit les attitudes par rapport au travail, est défini comme l'importance que la personne accorde au travail. Autrement dit, cette variable mesure l'importance qu'un individu donne à sa vie professionnelle, à son implication dans son travail ainsi qu'à sa carrière comme objectif de vie (McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J., 2005).

Ici, c'est le rôle que joue le travail dans la définition de soi qui est reflété (McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J., 2005: 56). Il n'est pas surprenant de constater que plus une personne donne une place importante et centrale dans sa vie au travail, plus la détresse de cette personne sera importante si elle perd son emploi, et plus la satisfaction qu'elle aura à l'égard de la vie en général sera faible (McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J., 2005).

Les personnes en situation de non-emploi vivent une situation antinomique puisqu'elles sont sans emploi, mais accordent au travail une place centrale. C'est cet écart qui fait apparaître un sentiment de malaise et qui crée de la détresse psychologique, de l'anxiété, une baisse d'estime de soi, etc.

2.2.4.1.2. Les ressources personnelles et sociales

Le deuxième corrélat, les ressources personnelles et sociales, joue un rôle important quant au maintien du bien-être chez une personne. Ces ressources dont disposent les individus sont diverses : une évaluation positive de soi, une structuration de son temps, les aspects financiers ainsi que le soutien social.

Avoir une évaluation positive de soi, en s'attribuant une certaine valeur ou encore en croyant en sa capacité à exercer un contrôle sur les événements, constituerait une forme de protection (McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J., 2005).

De plus, il est important que les personnes en situation de non-emploi, malgré les circonstances, soient capables de rester actives, de structurer leur temps, de conserver des routines, de continuer à donner du sens au temps qui passe, d'éviter la concentration sur le passé puisque les résultats obtenus dans la méta-analyse démontrent que ceux qui y parviennent manifestent une meilleure santé mentale (McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J., 2005).

Un autre aspect important du bien-être en situation de non-emploi est bien évidemment les aspects financiers puisque ces personnes sont privées d'un revenu. Cette privation entraîne des répercussions non seulement sur les dépenses qu'impose un ménage, sur les activités de loisir et sur les contacts sociaux, mais aussi sur l'accès à un logement ou encore à de la nourriture (McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J., 2005). La perception que l'individu a de ces contraintes financières est aussi très importante. Ce concept est mesuré selon l'ampleur de l'inquiétude que le manque d'argent crée chez la personne. Deux personnes qui ont les mêmes ressources économiques et les mêmes obligations financières ne réagiront

pas forcément de la même manière vis-à-vis de la situation (McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J., 2005). Il est d'ailleurs intéressant de noter que bien que les deux composantes, les ressources financières et la perception de celles-ci aient un impact sur le bien-être d'une personne, il n'en demeure pas moins que la perception des tensions que les ressources financières induisent a trois fois plus d'effet sur le bien-être de ladite personne. Cela démontre l'importance du regard de la personne sur sa propre situation financière.

Finalement, sur le plan social, un rôle important est joué par le soutien social. Les relations qu'entretient la personne avec sa famille, ses amis, ses voisins et ses connaissances sont un excellent facteur de protection. Les individus qui disposent d'un soutien social auprès de leur entourage et donc, qui peuvent compter sur des personnes qui les valorisent et qui se soucient d'eux, voient leur santé mentale préservée et ont une bien meilleure satisfaction vis-à-vis de la vie (McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J., 2005). Évidemment, le contraire est tout aussi vrai puisque lorsqu'une personne se sent méprisée ou encore critiquée concernant le fait qu'elle est sans emploi, sa santé mentale en est atteinte (McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J., 2005).

2.2.4.1.3. L'évaluation de la situation

Le troisième corrélat, l'évaluation de la situation, suggère que la façon dont la personne perçoit la privation d'emploi et la façon dont elle se sent capable d'y réagir intervient sur la santé mentale (McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J., 2005).

Deux mécanismes vont intervenir dans l'évaluation que la personne fait de la situation : la perception de la situation et les possibilités de réaction. Autrement dit, plus une personne voit

la situation de non-emploi comme quelque chose de pénible ou encore de désagréable, plus la détresse psychologique ressentie est grande et moins la personne trouve de stratégies pour limiter le stress induit par cette situation, plus le mal-être est présent chez elle (McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J., 2005).

2.2.4.1.4. Les caractéristiques sociodémographiques

Le quatrième corrélat montre quelles caractéristiques sont en corrélation avec la situation de non-emploi et les effets de celui-ci sur la santé.

Le capital humain, qui comprend le niveau d’instruction, les compétences cognitives et le statut professionnel, est la première dimension observée. Les résultats qui ressortent de certaines études démontrent que le niveau d’instruction joue un rôle majeur. En effet, plus le niveau d’éducation des personnes en situation de non-emploi est élevé, plus leur bien-être et leur niveau de satisfaction par rapport à la vie sont meilleurs (McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J., 2005). La raison de ce résultat viendrait du fait que le capital humain est fortement corrélé à l’évaluation que les individus font de leur situation de non-emploi et aux chances de (ré) embauche (McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J., 2005).

Les résultats de la présente étude concernant la variable « sexe » ne confirment pas les hypothèses habituelles qui suggèrent que les femmes souffrent moins de la situation de non-emploi que les hommes. Ici, les femmes expriment une santé mentale plus fragile, un niveau de satisfaction à la vie plus faible et une santé physique plus défaillante que les hommes (McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J., 2005). Ces résultats seraient

reliés au fait qu'en général, les femmes ont un indice de dépression plus élevé que les hommes ainsi qu'une santé mentale plus déficiente que ceux-ci (McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J., 2005). Une autre explication prend appui sur la récente évolution de la place de la femme sur le marché de l'emploi. La femme accorderait aujourd'hui une place beaucoup plus centrale dans sa vie au fait de travailler que dans les décennies passées (McKee-Ryan F.M., Song Z., Wanberg C.R. et Kinicki A.J., 2005). Pour ce qui est de la variable « âge », aucune catégorie d'âge n'est plus ou moins à risque qu'une autre.

La méta-analyse confirme que la situation de non-emploi a un effet néfaste sur la santé mentale. Cependant, un point important est oublié ou plutôt mis de côté dans ces méta-analyses, c'est-à-dire la manière dont la société perçoit les personnes en arrêt de travail.

Le regard d'autrui, lorsqu'il est négatif, est une source de discrédit et peut entraîner la marginalisation de celui qui en est la victime (Goffman, 1975). C'est ce que Goffman a appelé la stigmatisation. Le stigmate s'étend à tout attribut social dévalorisant, qu'il soit corporel et donc, visible, ou non. Le stigmate se définit dans le regard d'autrui et renvoie à l'écart à la norme : « toute personne qui ne correspond pas à ce qu'on attend d'une personne considérée comme "normale" est susceptible d'être stigmatisée » (Paugam, 2010: 100). Le stigmate peut s'analyser en termes relationnels. Non seulement celui-ci provoque des réactions sociales, mais il amène la personne stigmatisée à vouloir y échapper. Celle-ci va tenter de contrôler l'information à l'égard de son stigmate en le cachant par exemple. La personne stigmatisée gère la tension présente entre la norme sociale et la réalité personnelle dans laquelle elle se trouve. Elle est aussi confrontée aux réactions gênées de son entourage. Bien souvent, ces personnes sont réduites au stigmate. Toutes les actions de la personne seront interprétées à

travers celui-ci. La personne ne fait dorénavant plus partie des normaux, mais d'une classe à part.

Les personnes victimes de stigmatisation, « dans la mesure où elles intériorisent la stigmatisation portée à leur égard, risquent d'être amenées à modifier la manière dont elles analysent elles-mêmes le contexte socioéconomique, dont elles évaluent la place qu'elles occupent au sein de la société ou dont elles entrevoient des possibilités d'action » (Herman, 2007: 90). Toute cette stigmatisation va venir ébranler la confiance en soi des personnes en arrêt de travail en plus de les enfermer sur le plan personnel, social et professionnel.

2.2.5. Les stratégies mobilisables

Être en arrêt de travail n'a pas les mêmes répercussions sur tous les individus puisque « certains semblent mieux préservés – ou plus atteints – que d'autres sur le plan de la santé mentale » (Herman, 2007: 216). Il est important de se pencher sur les stratégies que les personnes en arrêt de travail peuvent mettre en place pour faire face à la situation de non-emploi. Une des théories les plus étudiées actuellement en cette matière est celle de l'identité sociale. Les éléments principaux de cette théorie sont reliés à l'appartenance de la personne à un groupe et au soutien social que lui procure son entourage.

2.2.5.1. La théorie de l'identité sociale

De récentes études ont su démontrer l'importance de l'identité sociale lorsqu'un individu fait face à un stress social et environnemental. L'identité sociale est définie comme

« l'appartenance à une catégorie » (Herman, 2007: 229). Ce sont des personnes qui ont des caractéristiques en commun. L'identité sociale permet en quelque sorte d'obtenir « une place dans le monde social » (Herman, 2007: 229). Ces caractéristiques communes peuvent être par exemple d'ordre sociodémographique : le sexe, l'âge, la profession. Aucun contact direct n'est nécessaire pour que les individus puissent partager cette appartenance catégorielle (Herman, 2007: 229). Il n'est donc pas question de positionnement géographique, mais bien social. L'identité sociale est revendiquée ou à tout le moins acceptée par les personnes.

Cette conception implique que « même si la société se réfère à une catégorie sociale particulière pour qualifier une personne, cette catégorie ne devient une identité que si elle est personnellement reconnue comme telle par cette personne » (Herman, 2007: 229). Cela renvoie au sentiment que les personnes ont concernant l'appartenance à un groupe ou à certains groupes en particulier.

C'est pourquoi, « pour peu que cette identité soit rendue saillante, elle constitue le filtre privilégié au travers duquel une situation est perçue et une action élaborée » (Herman, 2007: 229). Les personnes voient le monde à partir de leur groupe d'appartenance : « ils sont susceptibles d'être plus influencés par les membres de ce groupe que par les membres d'un groupe auquel ils n'appartiennent pas, leur font davantage confiance et coopèrent plus volontiers » (Herman, 2007: 229).

Tout comme le soutien social, l'identité sociale est multidimensionnelle. Elle est composée de trois dimensions : cognitive, affective et évaluative. Même si une personne se sent appartenir à un groupe en particulier (dimension cognitive), il est aussi très important de prendre en compte si la personne apprécie cette appartenance (dimension affective) et si celle-ci est valorisée par autrui (dimension évaluative).

Lorsqu'un individu fait face à une situation qui est problématique ou encore stressante, l'identité sociale va intervenir à différents niveaux. En premier lieu, celle-ci va avoir un impact sur l'évaluation primaire que la personne va faire de la situation et donc, sur le degré de perception de menace de soi. En deuxième lieu, l'identité sociale intervient au niveau de l'évaluation secondaire, c'est-à-dire qu'elle détermine la mesure dans laquelle la personne se sent capable de faire face à la situation avec les ressources nécessaires. Le soutien social est ici d'une grande importance puisque « plus une identité est rendue saillante, plus les individus sont susceptibles de fournir un soutien social aux membres de leur groupe et d'en recevoir de leur part » (Herman, 2007: 230).

On peut affirmer que le soutien social joue un rôle de médiateur entre l'identité sociale et le bien-être puisque l'identité sociale mobilise le sentiment d'appartenance à un groupe, ce qui active le soutien et celui-ci est par la suite susceptible de mobiliser à son tour les ressources sociales nécessaires pour maîtriser la situation stressante (Herman, 2007: 230). Haslam S.A. et ses collègues (2005) ont confirmé l'existence de ce processus médiationnel à plusieurs reprises empiriquement. Dans une de leurs études, ils ont démontré que partager une identité sociale avec des collègues a un impact positif sur le stress. Cette appartenance permettrait d'obtenir une certaine forme de soutien social de la part des membres du groupe (Haslam et coll., 2005). Haslam et coll. (2005) s'inspirent du modèle transactionnel de stress et de la théorie de l'autocatégorisation pour émettre l'hypothèse selon laquelle la prise de conscience d'une identité collective va venir diminuer les effets du stress. Optant pour une conception sociale, ceux-ci développent l'idée selon laquelle l'identité sociale permet aux individus de se soutenir communément et donc, de se protéger des sentiments de désespoir et d'inefficacité qui pourraient venir les habiter intérieurement. Cette identité commune fournit les assises

d'une résistance collective lorsque les personnes font face à une situation stressante (Haslam et coll., 2005).

En résumé, l'identité sociale influence l'évaluation qui sera faite du caractère stressant de la situation (Haslam et coll., 2005). Elle permet ainsi de déterminer le potentiel de menace pour la personne concernée. De plus, étant donné que l'identité sociale renvoie à un groupe auquel un individu se sent appartenir, celle-ci permet la perception de la disponibilité d'un soutien social dans l'environnement (Haslam et coll., 2005). C'est grâce à ce soutien que les individus peuvent se protéger des problèmes de santé mentale causés par la situation problématique ou stressante.

Tout au long de la lecture de ce mémoire, on pourra constater que certains travailleurs interviewés ont pu s'appuyer sur l'appartenance au groupe qu'ils forment avec leurs collègues de travail. Ils abordent d'ailleurs le sujet par eux-mêmes expliquant que le soutien apporté par leurs collègues a été très important pour eux. C'est pourquoi il est essentiel de bien comprendre l'importance d'avoir une identité sociale et donc, un groupe auquel se raccrocher lors de situations difficiles comme lors d'un arrêt de travail.

2.3. Le soutien social

L'importance du soutien social pour le bien-être et la santé des individus est un sujet qui fait l'objet d'études depuis de nombreuses années. Nombreux sont les chercheurs qui ont su démontrer une relation entre les liens sociaux et la santé. Plusieurs études démontrent ainsi que « les individus davantage intégrés dans leur communauté et dans la société de façon générale avaient une meilleure santé que les personnes isolées » (Caron et Guay, 2005: 15).

D'ailleurs, des études spécifiques à la santé mentale ont mis en évidence « des liens importants entre la prévalence de la symptomatologie psychiatrique, sa sévérité et la qualité du soutien social disponible » (Caron et Guay, 2005: 16). Il s'agit ici « d'analyser la mesure dans laquelle le soutien social fourni par autrui constitue une ressource qui permet de faire face à une situation problématique et de réduire son potentiel délétère » (Herman, 2007: 223).

Sarason, Levine, Basham et Saranson (1983) définissent le soutien social comme étant « l'existence et la disponibilité de personnes sur lesquelles l'individu peut compter, qui le valorisent et se soucient de son bien-être ».

Le soutien social renvoie « à la dispensation ou à l'échange de ressources émotionnelles, instrumentales ou d'informations par des non-professionnels, dans le contexte d'une réponse à la perception que les autres en ont besoin » (Caron et Guay, 2005: 16-17).

2.3.1. Les cinq fonctions essentielles des relations

Le concept de soutien social est constitué de plusieurs formes : soutien émotionnel, soutien d'estime, soutien affiliatif, soutien évaluatif, soutien tangible, soutien instrumental, soutien informationnel. Ce construit multidimensionnel a été étudié par plusieurs auteurs dont Weiss (1973) qui tente de décrire cinq fonctions essentielles des relations qui assurent un équilibre chez tout individu : le soutien émotionnel, l'intégration sociale, l'occasion de se sentir utile et nécessaire, la confirmation de sa valeur et l'acquisition d'aide concrète et matérielle.

2.3.1.1. Le soutien émotionnel

En tout premier lieu, le soutien émotionnel implique des sentiments d'estime, d'affection et de confiance. Il permet à l'individu d'exprimer ses émotions et d'obtenir l'avis d'autrui vis-à-vis de sa situation, et ce, à tous les niveaux. Il peut être apporté à travers des comportements ou encore des paroles d'amitié, d'amour, de respect, d'attention, d'empathie, de bienveillance, d'encouragement, etc. C'est lors de relations intimes et stables que l'individu se sentira assez en confiance pour s'ouvrir et donc, faire part de ses préoccupations. C'est bien souvent le cas avec un conjoint, un membre de la famille ou encore de bons amis. Le soutien émotionnel semble « protéger indirectement les individus des conséquences négatives du stress en renforçant leur sentiment de maîtrise et d'estime d'eux-mêmes » (Herman, 2007: 223).

2.3.1.2. L'intégration sociale

L'intégration sociale vient compléter, en deuxième lieu, le soutien émotionnel dans la mesure où celle-ci « s'accomplit lorsque les partenaires partagent leurs préoccupations par un échange d'idées et d'informations sur des situations qu'ils ont en commun ou des objectifs qu'ils poursuivent mutuellement, ce qui leur permet de dégager une vision commune de l'expérience et de dégager des repères normatifs » (Caron et Guay, 2005: 17). L'intégration sociale est présente lors d'échanges avec les collègues ou parfois même avec les amis.

2.3.1.3. L'occasion de se sentir utile et nécessaire et la confirmation de sa valeur

En troisième lieu, l'occasion de se sentir utile en contribuant au bien-être de quelqu'un va permettre à la personne « de développer un sentiment d'être nécessaire ». Il suffit de penser à la relation qu'entretiennent un parent et un enfant.

La confirmation de sa valeur, en quatrième lieu, vient rejoindre ce dernier point dans la mesure où celle-ci « provient des relations qui confirment la compétence à assumer correctement un rôle donné » (Caron et Guay, 2005: 17). Ce rôle pourrait être d'ordre plutôt familial ou encore d'ordre professionnel selon le travail qu'occupe la personne.

2.3.1.4. L'acquisition d'aide concrète et matérielle

En cinquième lieu, l'aide concrète et matérielle provient quant à elle d'une variété de relations dans des circonstances qui nécessitent une assistance urgente. Elle provient habituellement des relations de voisinage et de la parenté (Caron et Guay, 2005: 17). Cela englobe « les actes ou les aides matérielles émanant des autres, et qui permettent d'assumer les responsabilités quotidiennes comme le financement d'une maison, l'éducation des enfants ou les obligations professionnelles » (Herman, 2007: 224). Ce soutien va bien souvent être d'ordre matériel et financier, mais il peut aussi constituer des actes concrets comme conduire une personne chez le médecin.

2.3.2. Les effets du soutien social sur la santé

Le soutien social est considéré comme étant « une variable tampon produisant un effet protecteur contre les effets du stress, prévenant ainsi le développement d'une

symptomatologie » (Caron et Guay, 2005: 18). Plusieurs modèles sont adaptés afin de démontrer les effets du soutien social sur la santé d'un individu, mais celui qui sera présenté ici est le modèle des effets directs.

2.3.2.1. Le modèle des effets directs

Le modèle des effets directs est un modèle qui affirme que le soutien social a un effet direct et positif sur la santé. Cela s'effectuerait de différentes façons.

Le soutien social « permettrait d'offrir des expériences positives et régulières et un ensemble de relations sociales stables et renforçantes » (Caron et Guay, 2005: 18). Celui-ci permettrait à l'individu d'obtenir des affects positifs, de la stabilité ainsi que de la sécurité et ce sont ces éléments qui viennent favoriser le sentiment général de bien-être chez la personne, la reconnaissance de la valeur personnelle et l'estime de soi, ce qui rejoint ce qui était avancé par Weiss plus tôt. Ces états psychologiques positifs amèneraient la personne à adopter des comportements sains, mais aussi à prendre soin d'elle-même puisque certains travailleurs, ne réussissant plus à combler certains besoins, le besoin d'accomplissement de soi, le besoin d'estime ou encore le besoin d'appartenance et d'amour, besoins qui sont tous présents dans la théorie d'Abraham Maslow¹⁰, vont alors cesser d'accorder de l'importance aux besoins physiologiques de base.

¹⁰ Abraham Harold Maslow est un psychologue américain considéré comme le père de l'approche humaniste. Il est connu pour sa théorie de la hiérarchie des besoins qui énonce que l'accomplissement des besoins humains est nécessaire à la santé physique et psychologique. Les besoins humains sont ordonnés selon une hiérarchie qui comprend des besoins physiques, sociaux et psychologiques. La hiérarchie des besoins va du niveau le plus bas – les besoins physiologiques – au niveau le plus élevé – les besoins sociaux et psychologiques (Spector, 2011 :229).

2.4. La stigmatisation des problèmes de santé mentale

Comme il a été démontré, le soutien social influence le bien-être et la santé des individus puisque celui-ci permet aux individus d'obtenir non seulement une forme de soutien émotionnel, mais aussi de se sentir intégrés socialement, d'avoir l'occasion de se sentir utiles et nécessaires, de confirmer leur valeur ainsi que d'obtenir de l'aide concrète et matérielle.

En ne se sentant pas jugé, mais plutôt compris et soutenu, le travailleur est moins enclin à ressentir de la détresse psychologique. Cependant, l'entourage peut aussi être délétère lorsque celui-ci n'est pas synonyme de compréhension et de soutien, mais plutôt d'incompréhension, de jugement et de stigmatisation.

C'est pourquoi malgré la détresse psychologique dont souffrent les personnes atteintes d'un trouble dépressif, il n'en demeure pas moins que certaines d'entre elles ne demanderont jamais d'aide, et ce, parce qu'elles éprouvent de la honte ou encore de la peur. La peur d'être jugée et d'être traitée de manière négative est tellement forte que « la majorité des personnes ayant un trouble mental disent que la stigmatisation est pire que les symptômes qu'ils ressentent ».¹¹ Le terme stigmatisation met l'accent sur la différence de la personne, il s'agit d'une forme de préjugé et de discrimination tout comme le racisme, l'homophobie ou encore le sexisme.

Le stigmate va se construire à travers ce que Goffman qualifie d'identité sociale virtuelle. Celle-ci représente les caractéristiques données à une catégorie de personnes comme les « malades mentaux » alors que l'identité sociale réelle représente le véritable profil de ces mêmes personnes. On parle de stigmatisation lorsque l'écart devient significatif entre l'identité

¹¹ Association canadienne pour la santé mentale [en ligne], http://mentalhealthweek.cmha.ca/files/2013/03/CMHA_MHW2012_Stigma_FRN_Final.pdf (page consultée le 22 mars 2016).

sociale réelle et l'identité sociale virtuelle d'un individu. C'est pourquoi le stigmat est une contradiction entre les identités sociales virtuelles et réelles (Goffman, 1975). Le stigmat serait un produit social qui est lié aux interactions entre les différents groupes.

Le processus de stigmatisation vient des représentations sociales. Les individus créent des catégories de personnes ou des catégories de groupes auxquelles ils attribuent des caractéristiques communes. Malgré le fait qu'il y a énormément de caractéristiques disponibles pour décrire ces différentes catégories, une sélection aura lieu. Cette sélection se base sur un principe de pertinence qui va varier en fonction du contexte social et culturel de chaque individu.

C'est pourquoi lorsqu'une personne en rencontre une autre appartenant à un groupe identifié, celle-ci aura tendance à lui attribuer ces caractéristiques présélectionnées. Ces croyances préétablies sont ce qu'on appelle plus communément des stéréotypes, comme lorsqu'un individu caractérise les dépressifs comme étant des personnes qui manquent de volonté. Les représentations sociales qui sont liées à ces stéréotypes amènent chaque individu à avoir des attitudes stigmatisantes et des comportements discriminatoires.

L'enquête Santé Mentale en Population Générale menée par le Centre Collaborateur de l'OMS en 1998 a mis à jour les représentations sociales associées à certains termes comme « fou » et « malade mental ». Les caractéristiques les plus fréquentes attribuées à ces groupes sont l'irresponsabilité, l'incurabilité et la dangerosité. Ces représentations sociales sont souvent influencées par ce que les médias véhiculent puisque, que ce soit les journaux, les émissions de télévision ou encore la radio, ces différents médias de masse véhiculent des stéréotypes sur la maladie mentale.

2.4.1. La stigmatisation de l'accident du travail

Un premier facteur déterminant dans le développement de problèmes de santé mentale reliés au processus d'indemnisation est le fait qu'être un accidenté du travail amène son lot de préjugés bien souvent puisque les travailleurs qui sont en arrêt de travail se sentent perçus comme s'ils étaient des fraudeurs ou encore comme s'ils abusaient du système mis en place par le gouvernement. Cela a pour effet d'entraîner chez les travailleurs une certaine dévalorisation de leur personne, la perte de leur estime de soi ainsi que beaucoup de culpabilité. Ce sont non seulement les commentaires, mais aussi les comportements des gens autour d'eux, famille, amis, collègues, employeurs, détectives privés, agents d'indemnisation, conseillers en réadaptation, médecins traitants, médecins évaluateurs, avocats et décideurs, qui leur donnent l'impression d'être perçus comme des criminels (Lippel et coll., 2005: 26).

Il y a plusieurs raisons pour qu'une personne soit stigmatisée de la sorte : elle souffre d'une maladie professionnelle clairement reconnue et diagnostiquée, mais invisible aux yeux des collègues et voisins ; elle souffre d'une douleur incapacitante, mais qui ne se mesure pas et qui est invisible pour la CSST, l'employeur, les médecins, les collègues et les voisins, et même parfois pour la famille ; elle a fait une réclamation à la CSST ; elle a reçu des bénéfices de la CSST ; elle a essayé de faire reconnaître une rechute ; elle a essayé sans succès de retourner au travail ; elle a essayé de faire valoir ses droits en appel (Lippel, 2005: 26).

Le fait de percevoir que les gens autour d'eux ont une attitude négative et défavorable à leur endroit amène non seulement ces travailleurs à être étiquetés et stéréotypés, mais cela contribue aussi à leur isolement social.

2.4.2. Les conséquences de la stigmatisation

Bien évidemment, il y a des conséquences importantes à la stigmatisation. Les conséquences de la stigmatisation seraient multiples.

Premièrement, il y a les conséquences sur le plan personnel puisque la personne peut ressentir un sentiment de honte, de culpabilité, d'infériorité vis-à-vis de sa condition. Cela a pour effet non seulement de faire baisser son estime de soi, de lui faire ressentir un niveau important de stress, mais aussi de la faire s'isoler du monde extérieur.

Deuxièmement, il y a les conséquences sociales. On parle ici de difficultés d'adaptation, de marginalisation ou encore d'exclusion du monde du travail.

Troisièmement, il y a les conséquences sur les soins : difficultés d'accès aux soins, abandons thérapeutiques, privations de liberté et manque d'informations. Ces facteurs réduisent non seulement les chances de guérison de la personne atteinte, mais en plus, ceux-ci vont peu à peu l'exclure de la société.

D'ailleurs, des recherches ont démontré que « plus de la moitié des personnes souffrant d'un trouble mental considèrent leurs problèmes de santé mentale comme une source d'embarras et que plus de la moitié d'entre elles ont l'impression d'avoir été victimes de discrimination » et que « près de la moitié des Canadiens croient que la maladie mentale est simplement une façon de justifier un comportement déplorable ».¹²

¹² Association canadienne pour la santé mentale [en ligne], http://mentalhealthweek.cmha.ca/files/2013/03/CMHA_MHW2012_Stigma_FRN_Final.pdf (page consultée le 22 mars 2016).

Chapitre 3 : Méthodologie

Ce chapitre présente la question de recherche et la démarche méthodologique utilisée. Les thèmes suivants seront exposés : la reformulation de la question de recherche, la méthodologie, les limites et, finalement, les considérations éthiques.

3.1. Reformulation de la question

Il existe bien évidemment une relation entre le travail et la santé mentale, mais cette relation est en somme bien large. Dans le cas présent, ce sont les problèmes de santé mentale qui se développent chez certains travailleurs en arrêt de travail suite à un accident de travail qui nous intéressent plus particulièrement. Bien des facteurs peuvent être pris en compte afin de comprendre le développement et donc, l'apparition d'un problème de santé mentale. Ici, ce sont les déterminants sociaux qui seront étudiés. Ce sont principalement les acteurs qui entourent une personne en arrêt de travail qui feront l'objet de ladite recherche.

La question de recherche est la suivante : de quelle façon interagissent les différents acteurs que rencontrent des travailleurs en arrêt de travail suite à un accident survenu par le fait ou à l'occasion de leur travail sur la trajectoire et la santé mentale de ceux-ci ? On cherche donc à savoir à quel point les différents acteurs jouent un rôle sur la possibilité de développer un problème de santé mentale suite à un arrêt de travail.

3.2. Méthodologie

Pour la réalisation de cette recherche, une méthode qualitative a été privilégiée à une méthode quantitative. La raison de ce choix est qu'étant donné que l'on cherche à comprendre comment différents acteurs peuvent venir interférer sur la trajectoire et la santé mentale de certains travailleurs spécifiques, il était important d'obtenir des données riches et très précises ce que les méthodes quantitatives comme les questionnaires n'offrent généralement pas lorsqu'il est question de comportements ou encore d'attitudes. En utilisant une méthode qualitative, il est plus facile de comprendre le sens que les acteurs donnent à leurs vies, à leurs actions, à leurs expériences ainsi qu'aux événements auxquels ils participent, le contexte particulier dans lequel les acteurs agissent et l'influence que ce contexte a sur leurs actions ainsi que les processus par lesquels les événements et les actions ont lieu.

Cette recherche a été effectuée à partir d'entrevues semi-dirigées menées avec les patients d'une clinique à Montréal, mais aussi avec certains professionnels de la santé qui y travaillent. Cette clinique est une ressource médicale professionnelle qui offre des services de soins de santé de première ligne à la population ainsi que des services de soins de santé adaptés aux besoins des travailleurs ayant eu un accident ou ayant développé une maladie liée à l'exercice de leur métier ou de leur profession.

Précisons que le recrutement des participants a été effectué par des membres du personnel administratif de la clinique qui sélectionnaient les individus qui semblaient susceptibles de satisfaire aux critères d'éligibilité de l'étude. Les critères d'inclusion étaient : être âgé de plus de 18 ans et faire face ou avoir déjà fait face à un problème de santé mentale lié à un accident de travail survenu. La plupart des patients sélectionnés étaient des clients de la clinique depuis de nombreuses années, ils étaient donc bien connus des membres du personnel de la clinique. Ces derniers ont présenté le projet aux potentiels participants et leur ont demandé s'ils

souhaitaient participer à l'étude. Les personnes intéressées ont été par la suite invitées à se présenter à la clinique afin d'être rencontrées pour l'entretien en question.

L'échantillon sur lequel porte ce texte est ainsi composé de 12 patients, dont 7 hommes (58 %) et 5 femmes (42 %). De plus, deux professionnels de la santé travaillant à la clinique ont été interrogés, soit un médecin généraliste ainsi qu'une travailleuse sociale et psychothérapeute.

Les entretiens ont été menés par la chercheuse et se sont déroulés dans des conditions plutôt similaires. Pour ce qui concerne le lieu des entretiens, ceux-ci ont été réalisés dans les bureaux de différents professionnels de la santé de la clinique tandis que pour ce qui est du moment des entretiens, ils ont été effectués entre le 22 octobre 2015 et le 20 novembre 2015. Les entretiens ont été effectués en avant-midi ou en après-midi en conformité aux heures d'ouverture de la clinique (entre 8 h et 17 h). Ils ont tous duré environ 45 minutes à l'exception de deux entretiens qui se sont prolongés autour d'une heure et quart.

Pour ce qui est du thème abordé dans les entretiens avec les patients, il était bien souvent difficile de respecter l'ordre de la grille d'entretien qui était divisée en trois parties (voir annexe). La première partie porte sur « l'histoire de vie » ; l'âge de la personne, la ville de résidence, l'origine ethnique et raciale, le niveau de scolarité, etc. La deuxième partie porte sur « l'histoire de la maladie » ; les premiers signes, la décision de demander de l'aide, le rôle des différents acteurs, le diagnostic prononcé, les soins reçus et l'impact de la maladie dans la vie de la personne ainsi que dans les relations interpersonnelles de celle-ci. La troisième partie porte sur « l'histoire professionnelle », on cherche à en savoir un peu plus sur l'emploi qu'occupait la personne avant son arrêt de travail, sur les circonstances de son retrait du travail ainsi que sur son possible retour au travail.

En ce qui concerne les entretiens avec les professionnels de la santé, il semblait intéressant d'aller recueillir certaines informations d'ordre un peu plus général sur le sujet, ce qui permet dans un même moment d'obtenir un avis, une opinion externe, c'est-à-dire d'une personne qui n'est pas directement touchée par la situation, mais qui côtoie des gens qui eux le sont. Les questions posées portaient sur les différentes étapes du processus d'indemnisation à la CSST auxquelles fait face un travailleur atteint d'un problème de santé mentale : comment ils réagissent face à la situation et face à un tel diagnostic, l'aide reçue de la part des employeurs ou encore de la CSST, la prise en charge, le soutien, les difficultés rencontrées pour retourner sur le marché du travail, etc.

Une fois le matériel obtenu, un processus de traitement analytique des données a été entrepris. Une fois les enregistrements retranscrits en verbatim, la chercheuse a procédé à l'élaboration d'une méthode d'analyse. Des tableaux ont été créés afin de synthétiser les informations contenues dans les 12 entretiens qui ont été produits. Chacun des tableaux comporte quatre blocs ; les proches, le travail, la santé et les institutions. Le premier bloc porte sur l'impact des amis, de la famille et des connaissances de la personne. Le deuxième bloc quant à lui porte plutôt sur l'impact des collègues et de l'employeur. Le troisième offre un aperçu de l'impact du médecin, du psychologue ou encore de tout autre professionnel de la santé. Finalement, le quatrième bloc est consacré à l'impact de la RAMQ, de la CSST, du BEM, du CLP, du CRT ainsi que de plusieurs autres instances qui ont pu jouer un rôle dans le parcours du travailleur. Cette façon d'analyser les entretiens n'a nécessité aucun logiciel spécialisé étant donné le nombre raisonnable d'entretiens à parcourir manuellement. C'est un échantillon de 12 entretiens qui a été obtenu ; 9 personnes nées au Canada, deux personnes nées au Maroc et une

personne née en République-Dominicaine. En ce qui a trait à l'âge, le participant le plus jeune était âgé de 26 ans et le plus âgé avait 62 ans. La moyenne d'âge des participants est de 50 ans. Pour ce qui est de la durée de l'arrêt de travail, tous les participants étaient encore en arrêt de travail lors des entretiens. Le participant ayant la moins longue expérience d'arrêt de travail était en arrêt depuis trois mois environ au moment de l'entretien alors que celui qui a la plus longue expérience était en arrêt depuis 30 ans approximativement. En moyenne, les participants sont en arrêt de travail depuis près de 80 mois, soit environ 6 ans et 7 mois.

<u>Patient</u>	<u>Sexe</u>	<u>Âge</u>	<u>État civil</u>	<u>Enfant/s</u>	<u>Ville de résidence</u>	<u>Nationalité</u>
Robert	Masculin	51 ans	Marié	Oui	Châteauguay	Canadienne
Paul	Masculin	58 ans	Marié	Oui	Ste-Sophie	Canadienne
Benjamin	Masculin	26 ans	Célibataire	Non	Montréal	Canadienne
Sylvie	Féminin	51 ans	Mariée	Oui	Montréal	Canadienne
Maxime	Masculin	30 ans	Célibataire	Non	Montréal	Marocaine
Martine	Féminin	57 ans	Divorcée	Oui	Montréal	Canadienne
Guy	Masculin	52 ans	Célibataire	Non	Montréal	Canadienne
Marie	Féminin	62 ans	Célibataire	Non	Montréal	Canadienne
Francine	Féminin	51 ans	Célibataire	Non	Longueuil	Canadienne
Manon	Féminin	51 ans	Mariée	Oui	Montréal	Marocaine
Maurice	Masculin	60 ans	Marié	Oui	Mercier	Canadienne
Mario	Masculin	53 ans	Divorcé	Oui	Montréal	Dominicaine

Tableau 1 : Données sociodémographiques

<u>Patient</u>	<u>Scolarité</u>	<u>Emploi/travail</u>	<u># d'années à l'emploi</u>	<u>Syndiqué</u>	<u># d'années en arrêt de travail</u>
Robert	Secondaire 5 (en cours)	Domaine des pièces automobiles	27 ans	Oui	Moins d'un an
Paul	Secondaire 4 (équivalence) + formation professionnelle	Domaine de l'automobile	Plus de 12 ans	Oui	11 ans

Benjamin	S.O.	Domaine de la téléphonie cellulaire	4 ans	Non	Moins de deux ans
Sylvie	Baccalauréat	Domaine de l'enseignement	Plus de 20 ans	Oui	8 ans
Maxime	Cégep	Domaine de la restauration	S.O.	Non	2 ans
Martine	Secondaire	Domaine de l'énergie renouvelable	14-15 ans	Oui	30 ans (invalidité)
Guy	DEC	Domaine de la santé psychiatrique	Plus de 28 ans	Oui	3 ans
Marie	Baccalauréat + certificat	Domaine carcéral	S.O.	Oui	10 ans (invalidité)
Francine	Secondaire	Domaine de la sécurité publique	S.O.	Oui	6 ans
Manon	Secondaire + certificat	Domaine de l'éducation	Plus de 15 ans	Oui	5 ans
Maurice	DEC	Domaine manufacturier	S.O.	Non	5 ans (invalidité)
Mario	Secondaire	Domaine de l'alimentation	S.O.	Non	4 ans

Tableau 2 : Données sociodémographiques (suite)

L'analyse réalisée à partir de ces 12 entretiens, 14 au total avec les entretiens faits avec les professionnels de la santé, sera présentée dans les prochains chapitres. Ces chapitres sont organisés en fonction de la question de recherche portant sur les impacts relatifs aux rôles des différents acteurs sur la santé mentale des travailleurs. Une hypothèse sera examinée, selon laquelle les différents acteurs apportent un soutien différent aux personnes qui sont en situation d'arrêt de travail.

3.3. Les limites de la démarche de recherche

Bien que des précautions aient été prises lors de la réalisation de cette étude pour assurer un bon niveau de validité et de fidélité, différentes limites ont été inévitables.

La principale limite qui se pose à la démarche sociologique est liée au fait que le point de vue des travailleurs vivant avec un problème de santé mentale est mis de l'avant dans la recherche, bien plus que celui des deux professionnels de la santé qui ont été rencontrés. Plusieurs problèmes peuvent être associés au fait que ce soit principalement le point de vue des patients qui a été recueilli. Cependant, l'un de ces problèmes semble être plus considérable que les autres puisqu'il vient compliquer la visée de la recherche. Les participants ne font pas la distinction d'un entretien à volet clinique d'un entretien à volet recherche (Lupien, 2013 : 81).

La plupart des participants se présentent à l'entretien en pensant qu'il s'agit d'une rencontre à volet « clinique », et ce, même après avoir obtenu de plus amples explications sur l'entretien qui va suivre. En tant qu'intervieweur, il devient difficile de faire soi-même la distinction entre les deux volets en plus de ne pas intervenir étant donné le sujet qui est traité. Face à la souffrance et à la détresse que ces gens témoignent, une confusion règne littéralement entre intervention et recherche. C'est d'ailleurs une limite qui est soulevée dans la littérature (Velpry, 2008 : 220).

De plus, le fait que les entretiens ont eu lieu dans une clinique n'a certainement pas aidé à cette ambiguïté entre visée d'intervention et de recherche. Le contexte des entretiens semble avoir été un facteur important puisque le fait de venir à la clinique où ils reçoivent leurs soins habituels semblait être aux yeux des participants une rencontre semblable au moment où ils viennent consulter le médecin, le psychologue ou encore tout autre professionnel de la santé.

Les participants voyaient cette rencontre comme une chance pour eux de pouvoir parler, se confier, s'ouvrir tout en se sentant écoutés et compris sans être jugés. Il n'est pas surprenant de

constater des entretiens à caractère souvent très émotif compte tenu de l'ampleur que pouvait prendre le cadre thérapeutique lors de ceux-ci. Nombreux ont été les participants qui ont été envahis littéralement par les larmes, la rage ou encore la nostalgie. C'est parfois des moments très riches en émotion qui ont été vécus autant pour l'interviewé que pour l'intervieweur puisqu'il est bien difficile de rester froid et distant vis-à-vis de tout ce qui peut être dit et exprimé par la personne.

Une seconde limite qui peut être mentionnée concerne la petite taille de l'échantillon (n=12). Celle-ci pourrait constituer une limite étant donné que les résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des travailleurs ayant vécu un accident de travail. En d'autres mots, les personnes interviewées pourraient représenter plus ou moins fidèlement la population des accidentés du travail. Cependant, ce n'est pas l'objectif lorsque c'est une étude qualitative qui est menée. Alors, même si la validité externe des données recueillies est relativement faible, cela est loin d'être d'une très grande importance étant donné que l'objectif de l'étude n'était pas de pouvoir généraliser les résultats obtenus à une population en particulier, mais bien de permettre une meilleure compréhension des rôles joués par les différents acteurs lorsqu'un travailleur a un accident de travail. C'est donc un travail de recherche d'informations d'ordre qualitatif qui a été effectué lors des rencontres réalisées avec chaque participant.

Une autre limite à inscrire est liée au fait qu'en ayant recours à des témoignages verbaux, il se peut que tous ne soient pas en mesure de fournir des réponses justes sur leurs expériences passées puisque cela remonte parfois à plusieurs années. Certains souvenirs peuvent donc être plus ou moins précis, manquer de nuance ou encore être inexacts. Cependant, la contrepartie intéressante est qu'on a accès au vécu subjectif des travailleurs.

Plusieurs autres limites pourraient être invoquées, comme le fait de ne pas avoir utilisé des sources d'information multiples. Il aurait pu être intéressant par exemple d'interviewer des proches, des employeurs, etc.

3.4. Les considérations éthiques

Dans le cadre de cette recherche, un respect des règles en éthique a bien évidemment été assuré. Les données recueillies dans le cadre de ce mémoire ont été synthétisées par la chercheuse elle-même. La participation des patients et des professionnels de la santé de la polyclinique était sur une base volontaire et en aucun cas le nom de la clinique où se sont déroulés les entretiens n'a été dévoilé.

Étant donné qu'en recherche il y a bien souvent des risques d'atteinte à la vie privée liés à la possibilité d'identifier les participants ou encore liés aux préjudices que ces derniers ou les groupes auxquels ils appartiennent risquent de subir à la suite de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation de renseignements personnels, des mesures ont été prises afin de respecter la vie privée de ceux-ci et la confidentialité de leur participation.¹³

Premièrement, un numéro a été attribué à chaque patient ainsi qu'à chaque professionnel de la santé lors de l'analyse des données. Cette précaution permet de protéger l'identité des participants ainsi que les informations personnelles de ceux-ci contre l'accès, l'utilisation, la divulgation et la modification non autorisées, mais notamment aussi contre la perte et le vol. Deuxièmement, un nom fictif a été attribué aux différents participants rencontrés.

¹³ Groupe consultatif interorganisme en éthique de la recherche [en ligne], <http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/chapter5-chapitre5/> (page consultée le 6 décembre 2016).

Troisièmement, les renseignements qui ont été fournis par les participants et qui ont été utilisés dans cette recherche ne permettent en aucun cas d'identifier une personne en particulier. Ils ne sont donc pas identificatoires, et ce, malgré le fait que des renseignements portant sur des caractéristiques personnelles ont été recueillis (âge, lieu de résidence, ethnicité, études, antécédents professionnels, etc.). Des mesures ont été prises afin de dépersonnaliser le plus possible ces données identificatoires. Par exemple, lorsqu'il est question des emplois occupés par les différents participants, il ne sera mentionné que le domaine d'emploi et non la compagnie spécifique pour laquelle chacun d'eux travaille ou travaillait. On peut donc affirmer que les données de chaque participant ont été traitées de manière confidentielle dans le cadre de ce projet de recherche.

De plus, le protocole de recherche fut présenté au Comité d'éthique de l'Université de Montréal afin d'assurer le respect des règles établies dans le domaine. L'anonymat des participants et la confidentialité des résultats individuels ont été préservés tout au long de la recherche comme il a été établi avec les patients et les professionnels de la santé rencontrés. L'objectif de ces actions est qu'aucun participant ne puisse être reconnu et ne subisse de préjudices, quel qu'il soit, puisqu'il était non seulement important de s'assurer que les personnes interrogées ne subissent de préjudices au moment de la publication des résultats, mais également dans le cadre du déroulement des entretiens qui se sont avérés très émotifs dans la majorité des cas. Les participants étaient cependant conscients que le fait de parler de leur expérience pouvait les amener à vivre une situation difficile et c'est pourquoi ils pouvaient demander à tout moment de prendre une pause, de poursuivre l'entrevue à un autre moment ou encore de mettre fin complètement à leur participation à la recherche. Ils étaient aussi en droit de ne pas répondre à certaines questions, et ce, sans avoir à donner de raisons.

Non seulement les participants étaient conscients de leurs droits puisque tout cela avait été discuté lors de la présentation du déroulement de la recherche, mais des mesures ont aussi été prises afin d'atténuer les inconvénients qu'auraient pu subir les participants pendant la recherche. Durant les entretiens, l'intervieweuse s'assurait que tout allait bien avant de poursuivre, prenait des pauses au besoin lors de moments un peu plus émotifs, rappelait qu'il était possible de mettre fin à l'entrevue, etc.

Chapitre 4 : Résultats

Plusieurs acteurs vont être présents et vont entourer un individu tout au long de sa vie. Ces acteurs peuvent faire partie du milieu familial, amical ou encore professionnel de la personne, mais ils peuvent aussi être issus du système de santé et des services sociaux auxquels une personne va, peut-être, faire face à certains moments de sa vie selon les circonstances.

Dans le cas des accidentés du travail, plusieurs acteurs jouent un rôle d'une grande importance : la famille, les amis, les collègues, l'employeur, le syndicat, mais aussi le médecin de famille, les différents professionnels de la santé existants, la CSST, le BEM, la CLP, etc. Ces différents acteurs auront tous un rôle important à jouer dans le parcours des travailleurs qui ont eu un accident de travail. Les rôles de chacun de ces acteurs sont cependant bien différents.

Dans le présent chapitre, les impacts des différents acteurs sur la santé mentale des travailleurs en arrêt de travail seront présentés tels qu'ils se sont dégagés dans les entretiens menés avec les travailleurs et les professionnels de la santé rencontrés à la clinique. Chaque participant a défini l'importance de chacun des acteurs dans son parcours. Il est intéressant de noter que même si les parcours de chacun des participants sont distincts les uns des autres, il y a quand même une complémentarité entre eux, quant à leurs propos, en ce qui concerne l'impact et l'importance des différents acteurs sur leur parcours. D'entrée de jeu, rappelons que les différents acteurs relevés et analysés sont les suivants : le cercle familial, le cercle amical, le cercle professionnel, le cercle médical et finalement, les différentes institutions qui sont entrées en jeu lors du parcours du travailleur : la CSST, le BEM et la CLP.

4.1. Le cercle familial

Tout d'abord, la famille a été relevée comme un acteur ayant un impact très important dans le parcours des travailleurs en arrêt de travail. Elle peut cependant tout autant avoir un impact positif que négatif. En effet, celle-ci peut, dans certains cas, apporter une forme de soutien qui va aider le travailleur à faire face à la situation stressante. Néanmoins, comme il sera vu par la suite, dans d'autres cas, la famille n'apporte pas ce soutien. Quand certains des travailleurs rencontrés parlaient de leur famille, ils évoquaient des termes comme « compréhension », « écoute », « aide ». Aux yeux des professionnels de la santé, la famille est, dans les situations de vulnérabilité comme l'est la perte d'autonomie ou l'émergence d'un trouble physique ou mental, une des formes de soutien parmi les plus importantes parce qu'elle constitue une source de réconfort permettant aux travailleurs de continuer de se sentir acceptés. Mme Gauvreau, la travailleuse sociale et psychothérapeute qui travaille à la polyclinique, à Montréal, propose que ce soutien offert par la famille représente « une forme de soins à la personne ». Elle ajoute que ce sont « des soins au niveau social, des soins au niveau interpersonnel » qui permettent aux travailleurs de « remonter la pente » et donc, de trouver le courage de s'investir dans le recouvrement d'une santé plus optimale. Ces formes de soins seraient essentielles pour assurer un retour vers une santé plus saine, et ce, tant au plan somatique et physique, qu'au plan psycho-social.

La perspective des travailleurs sur l'importance de la famille durant leur parcours vient enrichir celle des professionnels de la santé. Par exemple, certains ont rapporté l'importance d'avoir quelqu'un sur qui compter, de ne pas se retrouver seuls face à leurs problèmes, de ne pas être laissés à eux-mêmes, d'avoir quelqu'un à qui parler et à qui se confier. Les remarques

que faisaient les travailleurs sur l'importance de la famille durant leur parcours reflétaient leurs propres vécus. En voici d'ailleurs un exemple.

Robert, un homme de 51 ans, qui travaille dans le domaine des pièces automobiles, parlait surtout de l'importance du soutien qu'il a reçu de la part de sa conjointe et de ses enfants lors de son parcours :

« J'te dirais que ma conjointe me supporte beaucoup. Les enfants, les enfants, c'est incroyable. [...] C'est surtout ma famille, ma femme et les enfants là, qui me soutiennent là-dedans ».

Cependant, ce n'est pas tous les participants rencontrés qui ont eu la chance de se sentir soutenus par leur famille. Bien que celle-ci puisse apporter une part de bien-être psychologique, elle ne le garantit toutefois pas puisque lors de la présence de stressseurs aussi importants que la perte d'un emploi, il ne semble pas toujours facile pour chacun des membres de la famille de confronter les répercussions de celui-ci. Des stressseurs supplémentaires pour la personne en arrêt de travail vont apparaître puisqu'elle compose dorénavant avec un stress d'ordre familial. La compréhension n'est donc pas toujours présente et cela vient jouer un rôle d'une grande importance dans la guérison de la personne. En voici d'ailleurs quelques exemples.

Sylvie, une enseignante de 51 ans, explique que bien qu'elle obtienne le soutien de sa famille, elle n'a toutefois pas l'impression d'obtenir la compréhension des différents membres de sa famille :

« Pis, j'ai le soutien, mais par contre, j'ai pas toujours la compréhension. [...] C'est difficile pour mon conjoint de comprendre. [...] Fak des fois pour lui, c'est difficile. J'ai un fils, j'ai un jeune fils de 18 ans, 19 ans maintenant, puis pour lui aussi c'est difficile ».

Guy, 52 ans, apporte aussi cette distinction entre soutien et compréhension qu'il considère comme étant plus présente chez sa famille :

« C'est difficile comprendre hein. Tsé veut dire que, c'est pas quelque chose qui t'arrive. Tsé t'as, t'as un bras cassé, t'as un bras cassé, ça, ça va se guérir là, tandis que là c'est que, t'as mal, t'as mal à l'âme ».

D'autres participants n'ont ni soutien ni compréhension de la part de leurs proches. C'est le cas de Manon, une éducatrice de 51 ans, qui ne se sent pas soutenue par sa famille :

« Ma famille est loin, même si j'essaie de l'expliquer, y vont pas comprendre. Pour eux, un problème mental c'est quelqu'un qui est fou automatiquement. [...] Quand ça touche le niveau mental, nous c'est, c'est un peu tabou, c'est comme t'es étiqueté. T'es pas normal. [...] Mon mari, il dit rien. Au début, y essayait de, il aidait, mais un moment donné, il a tout lâché. [...] Quand y a pas de soutien de la famille, ça aide pas beaucoup. [...] Mais quand le mari aussi, il abandonne, il t'abandonne, c'est comme si t'es laissé à toi-même. [...] J'ose plus en parler avec mon mari, j'ose plus m'exprimer, dire des choses parce que je sais que... Y comprend pas ».

Vues de l'extérieur, certaines personnes peuvent avoir une perspective très différente de celle de la personne atteinte d'un problème de santé mentale. Pour ces personnes qui ne vivent pas directement avec la maladie, il semble facile de s'en sortir. Elles en viennent à croire que la personne désire rester dans cette situation puisque selon elles, la personne atteinte ne fait rien pour s'en sortir.

De plus, certains travailleurs ont même fait face au divorce, ce qui amène une difficulté supplémentaire dans leur cheminement vers une santé plus optimale. C'est le cas de Mario, 53 ans, qui travaille dans le domaine de l'alimentation :

« Moi j'tais quelqu'un qui aimait ça sortir en famille. Pis depuis ce temps-là, je, j'ai perdu ma femme, j'ai perdu ma famille. J'suis tout seul, fak c'est difficile ».

Le foyer familial est un lieu qui ne peut être écarté compte tenu de l'importance qu'occupe la famille lors de l'arrêt de travail d'un individu et de tout ce que peut amener celle-ci comme protection, mais aussi comme nocivité vis-à-vis des problèmes de santé mentale.

4.2. Le cercle amical

Un autre acteur important qui est ressorti de manière unanime chez les travailleurs était les amis puisque le cercle amical entourant la personne peut apporter un soutien de plus ou encore peut apporter ce que la famille, elle, semble incapable dans certains cas. Lors des entretiens, les questions portant sur le soutien reçu ne portaient pas uniquement sur celui procuré ou non par la famille, mais aussi sur celui offert par les amis ou encore par toutes personnes ayant un contact de proximité avec le participant. Le but était de constater si la personne en arrêt de travail se sentait soutenue par ses proches ou si elle était plutôt stigmatisée et jugée par ces derniers. Ici encore, on constate que les travailleurs n'étaient pas soutenus en général par leurs pairs. C'est le cas de Mario :

« J'ai tout perdu mes amis, j'ai pu de contacts avec depuis quatre ans.
On dirait que, les amis que moi je pensais que c'était des vrais amis, y
sont partis, y en a pas ».

L'étude du réseau social permet de voir si la personne reçoit du soutien hors travail. Dans la majorité des cas, ce soutien ne se fait pas ressentir et les travailleurs se retrouvent laissés à eux-mêmes. C'est d'ailleurs pourquoi plusieurs des patients rencontrés se sont renfermés sur eux-mêmes en raison du manque d'écoute, de compréhension, mais surtout parce qu'ils se sentent jugés par les autres. C'est le cas de Maurice qui explique qu'il se sent souvent jugé par

ses proches qui lui font certaines remarques désobligeantes. Il se sent littéralement rejeté.

C'est aussi le cas de Manon qui s'isole dorénavant des gens qui l'entourent :

« J'avais pas envie de parler avec personne. J'étais toujours enfermée dans ma chambre. [...] J'mangeais pas avec ma famille. [...] Au niveau des gens que j'connaissais, des amis aussi, j'ai coupé tout contact avec eux. Y a plus personne qui, qui vient chez nous, c'est comme, même s'ils appellent, j'les rappelle pas ».

4.3. Le cercle professionnel

La vie professionnelle a occupé bien évidemment une place importante lors des entretiens. Les collègues de travail semblent parfois plus compréhensifs étant donné qu'ils connaissent le milieu de travail exigeant dans lequel ils sont au quotidien. C'est le cas de Robert :

« C'est la première fois depuis mon existence que je reçois des appels de mes confrères de travail. Jamais, jamais, jamais c'est arrivé avant, jamais, pourtant j'en soutiens du monde. J'en ai soutenu du monde ».

C'est aussi le cas de Guy qui a répondu, lorsque l'intervieweuse lui a demandé s'il se sentait soutenu par ses collègues de travail :

« Ouais, d'eux autres ouais. Même l'employeur, ben on connaît le milieu là, on sait c'est quoi. [...] J'ai des chums avec qui, ceux qui m'ont donné ben du support, c'est ma gang, ma gang de golf que sont des retraités qui ont été réembauchés ».

Pourtant ce n'est pas toujours le cas comme le témoignage de Manon, qui ne se sent pas soutenue par ses collègues de travail, le démontre :

« Y avait pas de soutien vraiment parce que c'est plus, quand, quand les, quand les personnes me voyaient y me disaient, "ben t'es, t'es vraiment chanceuse de, tu restes chez toi, t'es payée par la CSST", c'est pas ça, c'est pas ça du tout ».

Bien que les collègues de travail aient une influence considérable sur le parcours des travailleurs en arrêt de travail, l'employeur a lui aussi un rôle d'une grande importance. Mario, par exemple, explique à quel point il a été victime de harcèlement de la part de son employeur suite à son accident de travail :

« J'ai eu beaucoup de problèmes avec mon employeur, ça m'a rendu la vie difficile. [...] Sont tout contre moi parce qu'eux autres y voulaient pas que j' fasse une demande à CSST, y étaient pas contents. Depuis ce temps-là, depuis le tout début de mon accident, deux semaines après, c'était l'enfer. J'ai vécu l'enfer complètement. Eux autres y ont dit que j'avais quitté l'emploi sans rien avertir personne, c'était par vrai. J'avais averti mon superviseur, le capitaine d'où je travaille, y étaient au courant. [...] Tout le monde était au courant, mais eux autres y ont fait une lettre à la CSST en disant que j'avais quitté par ma propre volonté sans rien dire, sans avertir personne ».

C'est aussi le cas de Maurice, un travailleur de 60 ans, qui a eu beaucoup de problèmes au travail depuis son accident :

« La dernière fois que j'y retournais, c'était un nouveau superviseur que j'avais, que je connaissais pas. [...] Y comprenait pas que j'étais malade. Son superviseur le comprenait, mais pas lui. Le rapport qui a fait c'est, quand tu veux couper la gorge à quelqu'un pis y couper les deux pieds, c'est un rapport comme ça qui a fait. Y a du monde qui comprenne pas que, j'veux dire tu me regardes, oui j'ai pas d'air d'une personne blessée sauf que c'est à l'intérieur qui est blessé. J'ai pas un pied cassé que j'aurais un plâtre, là y comprendrait que chu blessé. Non j'en ai pas de plâtre ».

Dr Pitre, qui pratique la médecine générale à la polyclinique, à Montréal, explique qu'il y a une raison au fait que l'employeur est rarement du côté des travailleurs :

« Souvent l'employeur va contester de l'autre côté. Parce que lui se retrouve souvent avec une bonne partie de la facture c'qui l'intéresse pas et puis y sait aussi qui a des cas souvent psychologiques que ça peut être plus long, ça peut perdurer, ça peut donner peut-être plus lieu à des séquelles permanentes. Donc, à ce moment-là, ça, c'est des embuches additionnelles de la part du patient ».

Évidemment, si les coûts économiques sont importants pour l'employeur, il n'est pas à son avantage de faire perdurer l'arrêt de travail du travailleur. C'est pourquoi l'employeur va souvent mettre de la pression pour que le travailleur retourne travailler, mais comme le précise Mme Gauvreau, « l'employeur est content, mais ça promet juste de faire une rechute ».

Le syndicat peut lui aussi jouer un rôle important dans le parcours du travailleur. Pour certains travailleurs, la présence de celui-ci a été d'une grande importance. C'est le cas de Sylvie :

« Ben ce qui m'a aidé énormément, beaucoup, c'est, c'est mon syndicat. [...] Le syndicat m'ont quand même épaulé comme c'est pas possible là tsé. [...] Pis la clinique ici, mon Dieu Seigneur, y ont, y ont été extraordinaires là tsé. Dr Pitre pis Mme Deschamps, c'est, écoutez, c'est, c'est, c'est extraordinaire c'qui font comme travail tsé. Pis c'est pas évident c'qui ont à faire comme travail, mais, j'ai été supportée énormément là ».

Le cercle familial, le cercle amical ainsi que le cercle professionnel peuvent chacun à leur façon jouer un rôle important pour la santé mentale d'une personne. Les rôles de chacun de ces différents acteurs sont susceptibles d'affecter la santé du travailleur, mais d'autres acteurs ont aussi un rôle important à jouer dans le parcours du travailleur en arrêt de travail.

4.4. Le cercle médical

Le médecin de famille ainsi que les différents professionnels de la santé qui sont en contact avec le travailleur durant son arrêt de travail ont eux aussi été caractérisés comme étant des acteurs importants dans le parcours du travailleur. Marie, 62 ans, qui a longtemps travaillé dans le milieu carcéral, affirme avoir reçu de l'aide seulement de la part de la clinique où elle est prise en charge actuellement :

« Les médecins ont tous peur de nous prendre parce qu'y ont peur d'la CSST. Y a juste ici qui nous défendent. [...] Au fond là, une chance que Dr Pitre est là pour nous aider parce qu'eux autres là quand même t'es blessé, y te retournent travailler. [...] C'est un des seuls qui nous défend pis qui nous comprend ».

C'est aussi ce qu'explique Paul, un garagiste de 58 ans :

« Fak là, après ça, c'est ça, lui y m'a donné un contact pour venir ici, pour voir Dr Pitre. Depuis ce temps-là, ça s'est amélioré dans ma vie, j'dirais depuis que j't'a clinique icitte. Pourquoi ? Parce qui prenne le temps de t'écouter. Pis, j'pense, qui crée qu'est-ce qui te dise aussi. C'est surtout ça qui est important. [...] C'est juste ici que j'ai eu de l'écoute, c'pas des farces là ».

C'est aussi ce qu'explique Robert :

« J'aime bien ce médecin-là parce qu'y a quand même une certaine ouverture avec ses patients et c'est ce que j'aime chez lui. [...] J'ai tout le temps été avec lui, pis, peu importe les circonstances, les situations urgentes, si j'avais à l'appeler, j'avais une consultation assez rapidement avec lui ».

Certains travailleurs ont plus difficilement accès aux services de santé pour cause de distance, de nombre ou de qualité (Harrisson et Legendre, 2002 : 32). C'est d'ailleurs ce que Martine, une femme de 57 ans qui est retraitée en invalidité totale et permanente longue durée explique :

« J'ai déménagé à Montréal pis, j'me suis en venue vers Montréal, j'ai eu des transferts à mon emploi pour m'en venir à Montréal, mais j'sais pas comment j'ai fait pour passer au travers, c'est, c'est, c'est été très difficile. [...] J'ai passé des Laurentides à, à Montréal. [...] Pour avoir les services de santé à Montréal ».

Les travailleurs rencontrent aussi au cours de leur parcours d'autres médecins engagés par l'employeur ou encore par la CSST. Ces professionnels de la santé travailleraient bien souvent plus pour l'employeur ou encore pour la CSST que pour le bien-être du travailleur selon ce qui ressort de certains entretiens. C'est ce qu'explique Paul, un garagiste de 58 ans :

« La ville moé, y m'ont envoyé voir leur docteur à eux autres. [...] Lui y explique dans ses mots que si y a eu un accident là, c'est pas le vendredi dans la journée, c'est sûrement dans la fin de semaine que ça s'est produit pis que moé j'y dis que c'est sur la job tsé. J'ai dit est pas pire ».

Les travailleurs seraient mal reçus par les médecins recrutés par les employeurs ou encore par la CSST. Les examens seraient de courte durée et les médecins très brusques, voire aucunement empathiques. C'est ce qu'explique Manon :

« Ça se peut que le, l'employeur vous envoie chez leur médecin, leur médecin y accepte pas. C'est sûr qui va pas accepter parce que j'ai, j'ai rencontré leur médecin. Y est pas vraiment, comment dire, y est pas vraiment à l'écoute. C'est comme y est, y travaille, j'ai l'impression qui travaille juste pour l'employeur, mais pas pour les travailleurs. [...] Je suis pas la seule parce qu'y avait d'autres collègues qui étaient avec moi qui m'ont déjà parlé de ça, qui a des problèmes de, au travail, des accidents de travail, ça fait longtemps, ils ont eu à faire à lui. C'était la même chose ».

4.5. La CSST

Un autre acteur d'une très grande importance est la CSST puisque celle-ci permet aux travailleurs accidentés d'avoir accès à des spécialistes et d'être pris en charge. Cependant, il y a parfois des délais importants au niveau de l'obtention des soins requis à la guérison. C'est ce qu'explique Manon :

« C'était comme long pour, pour que la CSST puisse accepter de me, comme d'accorder des soins parce que c'est, c'est pas venu après. C'est pas venu tout de suite. Ça fait comme un an et ça prit un an le traitement. [...] Ça prit beaucoup de temps pour que la CSST accepte, pour que ça soit reconnu ».

Étant donné la durée du processus, les travailleurs ressentent du stress vis-à-vis de leur état de santé. Ceux-ci ne se sentent pas rassurés et soutenus ce qui les met à risque de

développer des problèmes de santé mentale. C'est d'ailleurs un problème que Dr Pitre évoque lors de sa rencontre :

« Le côté psychologique y est souvent pas initial. Y va venir parce que, mettons y a une lésion physique pis là ben y a tellement de délais, y a tellement de choses, ça se prolonge pis là, la, la personne faut qu'a fasse le deuil parce qu'a va rester avec des séquelles permanentes. [...] Surtout les gens qu'on a ici qui sont des gens de la construction tout ça qui ont pas nécessairement un côté intellectuel aussi développé que vous et moi, à ce moment-là eux autres, pour eux là, c'est comme un choc là. Y va falloir qui envisage quelque chose qui avait jamais envisagé et donc, là à ce moment-là pour eux c'est tout un deuil. Pis là le côté psychologique va apparaître donc sur une façon tardive ».

Il est presque impossible pour un travailleur de ne pas développer un problème de santé mentale lorsqu'il n'est pas pris en charge et donc, lorsqu'il ne reçoit pas l'aide nécessaire :

« On prenait souvent des cas plus compliqués. Pis évidemment ces cas-là que ça faisait déjà un bout de temps que ça trainait, c'tait presque automatique qui allait avoir un côté psychologique. [...] Juste le temps, c'est suffisant, très souvent pour faire qui a un trouble d'adaptation qui va apparaître, et puis dans les cas plus sévères des dépressions majeures. [...] Donc y a souvent pas d'aide, certainement dans les phases initiales. Pis là ben à cause de t'ça justement y a plus de risques de chronicisation pis tout ça parce que comme dans n'importe quoi, quand on traite pas tôt ben là, la chronicisation s'installe pis là on peut pu revenir en arrière ».

C'est d'ailleurs aussi ce que mentionne Mme Gauvreau :

« Ben c'est ça, vu que c'est le côté psychologique, souvent ça fait suite à des douleurs physiques qui sont pas bien gérées ».

La majorité des travailleurs ont vécu ou vivent encore, au moment des entretiens, des épisodes dépressifs. Certains d'entre eux ont même affirmé avoir déjà eu des pensées suicidaires. C'est le cas de Paul :

« Un moment donné ma mère a m'a demandé si j'voulais me suicider. Là j'me suis posé la question "pour quelles raisons ma mère me demande ça tsé". C'parce que j'ai changé calice. J'ai des photos-là, j'me regarde là, pis j'me reconnais même pas, regard vide. T'as le goût

de te suicider. T'as des pensées suicidaires, mais, quand tu penses au suicide là, ton cerveau y analyse lui, le problème, c'est quoi le problème, pourquoi tu te suiciderais, à cause de deux, trois trous du cul ».

Le stress ressenti par les travailleurs est relié à leur état de santé, mais aussi au côté financier de la chose. Il est important que le soutien financier de la part de l'employeur ou encore de la CSST soit obtenu, et ce, le plus rapidement possible, puisque bien des accidentés ne parviennent pas à préserver un niveau de vie acceptable. C'est ce que Paul explique :

« C'est comme, moi là, vois-tu, chu, y appelle ça des rentes réduites, j'ai 202 \$ par semaine moé. Pis j'avais 600 par semaine avant. Fak, j'sais pas si tu le sais, mais ça fait un esti de trou dans un budget ça. Ma femme a travaille au salaire minimum. On a de la misère à, à arriver aux deux bouts. [...] Je le prends pas que ma femme a m'fait vivre là. Pis ça me révolte ça. [...] Moé là, quand j'va faire la commande là pis j'sais que j'peux pas prendre ça, ça, ça, parce que j'ai pas d'argent pour le prendre là, ça, ça me révolte. Ça, ça me révolte parce que c'est ma femme qui, qui endure ça aussi, pis ma fille ».

C'est aussi ce qu'explique Sylvie lorsque le côté financier entourant son accident de travail est abordé :

« Pis heureusement que mon conjoint est là parce que sinon ça serait pu le même rythme de vie là, ça serait pas la même chose. [...] Imagine les gens qui, qui tombent sur l'assurance-salaire qui sont, qui vivent seuls, tsé qui ont des, une vie, pas mondaine, mais une vie là avec une maison pis tout ça, aisée, y peuvent pas s'permettre d'avoir, mais ça, c'est, c'est le, le système qui est comme ça hein. Fak, pis c'est beau qu'on ait quelque chose pareil là, un certain pourcentage, mais quand même c'est pas, c'est pas c'qu'on, c'qu'on vaut à 100 % là tsé. Pis c'pas de notre faute là. C't'un accident là tsé. On va vivre avec ça ».

Marie explique elle aussi à quel point le support financier de ses amis lui est primordial :

« J'arrive pas, tsé j'arrive pas. C'est une de mes amies qui m'aide. [...] Une chance qu'à m'aide. [...] Tsé est pas obligée de m'aider là, c'est bon de sa part de m'aider. Mais si elle était pas là ben... J'ai un autre ami, elle, à m'aide comme à peu, mais à peut pas beaucoup parce qu'à

pas d'argent, mais tsé des fois à peut mettre un sac de bouffe de, d'animaux, de mes chats sur son compte pis j'peux y payer après ou des fois elle me le donne en cadeau tsé, mais c'est ça ».

Le même discours revient dans les propos de Maurice :

« C'est dur arriver. Chu chanceux moi, ma femme travaille, mais quand t'es habitué à deux salaires, tu tombes à un salaire là. C'est pas, c'est pas le même train de vie tsé ».

C'est aussi ce que Martine explique :

« Mais ma famille, mon père, ma mère, m'ont aidé plutôt dans le sens matériel, à c'que j'manque de rien, à c'que j'ai un logement adéquat, à c'que j'aille les meubles, à c'que j'aille assez de nourriture, à c'que, vous savez, et l'argent, tout ça. Y m'ont soutenu de ce côté-là ».

La CSST n'accorde pas des indemnités à tous les travailleurs ou cesse d'en accorder au bout d'un moment ce qui entraîne le retour à l'emploi des travailleurs, mais le résultat obtenu est bien souvent l'aggravation de leur état de santé. C'est le cas de Manon lorsqu'elle est retournée au travail suite à son accident :

« Mais quand j'ai recommencé à travailler de nouveau, quand j'ai changé, cherché, changé le milieu de travail, y a, j'ai comme, ça allait pas. Ça allait vraiment mal. Ç'a commencé de nouveau. C'était une rechute, c'est ça que Dr Pitre m'expliquait. Y ont jamais accepté ça ».

De plus, il est parfois difficile pour les travailleurs de prouver qu'ils sont réellement malades et que leur maladie est vraiment liée à leur travail, et ce, même lorsqu'ils ont l'appui de certains professionnels de la santé. C'est le cas de Mario :

« Mais la CSST, elle, elle prend pas compte de ça, elle prend, comment on dit, comment on pourrait dire ça. Elle est, elle est du bord de l'employeur pour que je retourne au travail. Elle prend pas compte de qu'est-ce que, les résultats de la physiatre qui m'a vu ».

Plusieurs des travailleurs rencontrés se sentent jugés de par leur situation et n'ont pas l'impression que l'agent de la CSST désire réellement les aider. C'est le cas de Paul :

« Moé là, j'me suis fait niaiser assez longtemps. [...] Y sont vraiment tout contre toé là pis plus que t'avances dans ton dossier là, si y ont pas été capables de te flusher au bout de trois, quatre ans là, la fille qui va avoir ton dossier par après là, est encore plus ratoureuse que les autres, plus hypocrite ».

C'est aussi ce que ressent Marie :

« Y veulent rien savoir, si on va bien, si on va pas bien, eux autres c'est aweille, retourne travailler le plus vite possible ».

Les travailleurs ont besoin de se sentir écoutés, compris et respectés, mais cela semble être rarement le cas selon ce qui ressort des entretiens. C'est d'ailleurs ce qu'explique Paul :

« Ça te respecte pas. Ça te parle avec mépris. [...] Aucune aide. [...] Pis aucun contact humain. J'y ai demandé de le rencontrer. "Veux pas vous voir moi", a dit ça comme ça là. [...] Y se calice de toé. [...] Je rentre là pis y ont des préjugés sur moé. [...] Y t'ont entendu tsé. Y t'ont même pas écouté, y t'ont juste entendu. Y se calice de quessé tu dis parce que c'est déjà prêt leurs affaires tsé. T'es, t'es déjà barré sa liste eux autres. [...] Y te donne des échéanciers ou des conditions que t'es pas capable d'atteindre. [...] C'est révoltant. [...] Y n'a pas d'écoute. Tu parles avec eux autres pis y ont hâte que tu calice ton camp ».

Comme il a été expliqué précédemment, la CSST a la responsabilité de trouver un emploi convenable aux travailleurs en respectant certaines conditions. Cependant, celles-ci ne semblent pas toujours être respectées selon les travailleurs rencontrés. Mario explique que le nouveau poste proposé par son employeur et approuvé par la CSST est tout à fait absurde selon lui :

« Je reçois de la CSST, mais eux autres là, y ont décidé qui avait un emploi convenable où je travaillais, mais le médecin y est pas d'accord, mon avocat non plus. Y dit que c'est un poste qui est inventé. Fak eux autres y font ça juste pour m'faire chier pis j'aille là-

bas. [...] La physiatre m'a vu. Elle a dit que je suis incapable de faire aucun emploi. [...] Fak la CSST, on se bat maintenant parce qu'eux autres y disent que oui l'employeur y dit que y a, le seul emploi qu'y a c'est ça. Dr Pitre y est pas d'accord. Y dit tu peux pas rester debout pendant trop longtemps, tu peux pas bouger la tête comme un robot de gauche à droite tsé. Je sais pas qu'est-ce qui va se passer ».

4.6. Le BEM

Un autre acteur d'une grande importance est le BEM puisqu'il amène une nouvelle évaluation médicale et celle-ci peut avoir un impact important sur la décision de la CSST quant au dossier du travailleur. Sylvie, par exemple, ne reçoit plus d'aide de la part de la CSST puisque le BEM n'a pas évalué son état comme requérant des soins particuliers :

« Le BEM a laissé tomber avec la CSST. Y a déjà trois ans. [...] C'est le Bureau d'évaluation médicale qui a décidé finalement que c'était pas une hernie, mais c'était bien une entorse lombaire que j'avais. Alors, ça suffisait pas pour pouvoir poursuivre avec, avec eux là ».

C'est aussi le cas de Maurice qui est retourné travailler à plusieurs reprises malgré ses douleurs :

« Au début, j'ai pas eu de problèmes avec la CSST. Après ça, ben là y m'ont envoyé au bureau d'évaluation médicale. Là, y m'ont forcé à retourner travailler. [...] J'ai peut-être fait un 3-4 mois, j'ai, j'ai aggravé la situation fak chu sorti de d'là. [...] Y m'ont continué sur un arrêt de travail. Y m'ont retourné voir un bureau d'évaluation. Le spécialiste là-bas y a dit, ah non regarde y est correct pour travailler, mais y l'ont écouté. Ça fait que y m'ont retourné travailler. L'an passé chu rentré travailler le 24 novembre. Le 11 février chu sorti en ambulance pis depuis ce temps-là, y a, y a personne qui m'paie. C'est un stress financier, un stress mental, c'est dur ».

4.7. La CLP

Un autre acteur important est la CLP puisque celle-ci, comme on l'a vu précédemment, permet aux employeurs de contester une décision rendue par la CSST. Ce n'est donc pas rare de voir des travailleurs comparaître devant la Commission, et ce, à plusieurs reprises. C'est le cas de Maurice qui ne comprend pas pourquoi il retourne à nouveau devant la CLP alors qu'il a gagné sa cause la dernière fois qu'il y est allé :

« Ben là j'va en Cour, en Cour des lésions professionnelles. [...] Éventuellement on devrait gagner. La dernière fois qu'on a été, on a gagné. Fak, je doute pas que j'va gagner encore, mais... [...] Tsé, on devrait pas avoir à faire un cheminement. Tu t'en vas à la Cour des lésions professionnelles, y disent okay regarde le gars y est, y est blessé, y a droit à des, des, à des soins, y a le droit à tsé, à, tu devrais pas avoir à te... [...] Non, tu devrais pas tsé. Ils l'ont, ils l'ont accepté comme quoi que chu blessé, que j'ai des lésions permanentes. Quessé tu veux de plus tsé ».

4.8. Conclusion

Le parcours des travailleurs accidentés s'est tracé en passant à travers une diversité d'étapes, impliquant des relations sociales variées. C'est aussi à travers ces étapes qu'ils ont connu des expériences difficiles qu'ils portent toujours en eux. Le soutien social s'avère être une partie de l'explication pour comprendre dans quelle direction le parcours du travailleur se dirigera. Le foyer familial est un lieu où certains participants affirment avoir connu des moments éprouvants tandis que d'autres affirment avoir connu des expériences plus positives. Il en va de même pour le cercle amical et professionnel. Dans le discours des participants, l'arrêt de travail se présente comme un long récit de déclin, où les manques et les pertes relationnelles se succèdent jusqu'à ce que la personne se retrouve sans soutien significatif. Ce moment de la trajectoire est généralement décrit comme étant très éprouvant, surtout sur le plan de l'image de soi. Les travailleurs accidentés ressentent de la confusion, celle-ci étant induite par des

événements déstabilisants : perte du soutien familial, amical ou professionnel, perte du soutien financier des différentes institutions, etc. Au choc de se sentir maintenant seul face à son malheur se succède l'usure de la vie sans emploi, dont certains participants relèvent d'importantes conséquences sur le plan de la santé mentale. De leur avis, les dernières résistances des personnes sont mises à l'épreuve par la répétition de journées à prouver son état et à se déplacer de ressource en ressource afin d'obtenir de l'aide. Les participants concernés ont l'impression d'avoir tout perdu. Pour eux, retrouver un emploi, ce serait aussi retrouver sa dignité, son espoir et surtout sa santé mentale, mais peu auront la chance de retourner sur le marché du travail un jour.

Chapitre 5 : Discussion

Comme il a été démontré, bien des acteurs interagissent et influencent l'état de santé d'un travailleur en arrêt de travail. De nombreux acteurs jouent un rôle plus que considérable dans le parcours de ceux-ci. Chacun de ces acteurs a un rôle à jouer, bien qu'il soit très différent pour chacun d'entre eux. Ce chapitre vient mettre en parallèle ce qui a été vu dans la littérature et ce qui a été vu dans les récits des participants. Beaucoup de points de convergences seront révélés. Le rapprochement entre les lectures faites et le récit des travailleurs accidentés est particulièrement frappant. La notion de « soutien social » est d'ailleurs le point de convergence majeur.

5.1. Le cercle familial, amical et professionnel

La famille est « l'une des principales institutions sociales autour de laquelle s'organise la vie sociale, économique et affective ; elle constitue à la fois une source de stress et un lieu de médiation ou de gestion du stress. [...] La famille serait aussi un lieu de cohésion et de soutien social où se construisent et s'actualisent les ressources personnelles (par exemple, estime de soi, sentiment de contrôle) permettant de composer avec le stress » (Kairouz et Demers, 2003: 186). La situation maritale (état civil) constituerait « un facteur de protection à une dégradation de la santé mentale, car il favorise l'intégration et l'attachement sociaux, permettant aux partenaires de s'apporter du soutien mutuel face aux aléas de la vie, surtout du support émotionnel, et il correspond à une mise en commun des ressources financières et

économiques » (Nowak, 2011: 42). Les entretiens viennent appuyer la littérature lorsqu'il est question de l'impact du manque de soutien conjugal et familial. Les participants ont mentionné que le fait de ne pas avoir le soutien social de leur famille leur était très difficile. Il n'est donc pas surprenant de constater qu'un stress additionnel vient s'ajouter chez ces travailleurs accidentés qui se sentent jugés et incompris. C'est d'ailleurs relié à cette incompréhension qu'ils en viennent à se retirer du monde extérieur, en particulier en diminuant les contacts avec autrui.

Le matériel recueilli démontre qu'il n'y a pas seulement la famille qui peut jouer un rôle sur le parcours du travailleur, mais aussi les amis, les collègues, etc. Les participants mentionnaient en effet un large réseau de personnes lorsqu'ils étaient rencontrés. Ils ne parlaient pas seulement de leur famille, mais aussi de leurs amis et collègues. Ils recherchaient le soutien chez ces personnes. Certains réussissaient à l'obtenir de la part de leur famille, d'autres de la part de leurs amis, d'autres de la part de leurs collègues alors que bien d'autres ne réussissaient pas à obtenir ce soutien si nécessaire. Les travailleurs peuvent donc tenter d'obtenir du soutien de la part de différents acteurs qui gravitent autour d'eux. C'est d'ailleurs ce qui avait été lu dans la littérature : « Il n'existe pas un type particulier de relations sociales – qu'on pourrait appeler soutien relationnel –, mais plutôt plusieurs types de ressources supportives qui circulent à travers des réseaux informels » (Reichmann, 1991: 100).

Un élément qui a été relevé dans les entretiens, mais qui n'est pas nécessairement ressorti de la littérature consultée est l'évolution du soutien social. Plusieurs des participants rencontrés ont mentionné avoir perdu le soutien de leurs proches au fil du temps, comme s'il était plus facile d'offrir du soutien en début de parcours. À travers les différents faits relatés par les travailleurs rencontrés, on s'aperçoit que lorsque le temps passe, que l'état de la personne ne semble pas

s'améliorer et que les choses se compliquent, le soutien social semble être plus difficile à obtenir. Le temps occupe encore une fois une place importante dans le parcours de ces travailleurs puisqu'il joue non seulement sur la réadaptation de la personne, mais aussi sur le soutien reçu.

De plus, selon ce qui a été constaté lors des entretiens, le soutien est rarement obtenu de la part de l'employeur. Il n'est pas rare de voir des travailleurs qui déposent une demande d'indemnisation être victimes de représailles de la part de leur employeur puisque celui-ci a, tout autant que le travailleur, certains droits dans une telle situation (Lippel et Cox, 2012: 160). Bien évidemment, « les contestations des employeurs enveniment souvent les relations, car le travailleur se sent trahi par l'employeur pour qui il a travaillé pendant de longues années dans ce qu'il croyait être un contexte de collaboration » (Lippel et coll., 2005: 12). C'est non seulement ce que la littérature démontre, mais aussi ce que les entretiens menés viennent appuyer puisque la majorité des personnes interrogées décrivaient plus que positivement leur travail. Celui-ci semblait être une source de bien-être et d'accomplissement leur permettant de se réaliser en tant que personne. C'est pourquoi les travailleurs sont bien souvent déconcertés devant l'ampleur du conflit qui s'installe entre eux et leur employeur pour qui ils avaient tant d'estime.

5.2. Le cercle médical

Ce n'est pas chose facile pour un travailleur de trouver un médecin traitant pour évaluer sa blessure ou pour diagnostiquer sa maladie professionnelle. De plus en plus de professionnels de la santé refusent de traiter des cas mêlés à la CSST. C'est d'ailleurs ce que le matériel

recueilli vient appuyer puisque la plupart des travailleurs rencontrés ont affirmé que des médecins avaient refusé de les prendre en charge étant donné que leurs dossiers étaient des « dossiers de CSST ».

Les problèmes d'accès au soutien d'un professionnel médical constituent « un obstacle de taille pour les travailleurs qui veulent soumettre une réclamation à des fins d'indemnisation » (Lippel et Cox, 2012: 163).

Ces médecins craignent les abus bureaucratiques : « force formulaires, diagnostics contredits par les spécialistes des employeurs ou de la CSST, ou pression afin de forcer un retour au travail prématuré pour le patient » (Forget, 2008). De plus, accepter de prendre en charge des patients accidentés du travail, c'est bien souvent être convoqué devant la cour, la Commission des lésions professionnelles, et donc, défendre les diagnostics prononcés qui seront remis en question par d'autres experts. Ce n'est rien pour encourager les médecins de se lancer dans ce processus administratif et médico-légal avec des patients qui ont bien souvent besoin d'un suivi à long terme. Ce n'est pas l'accidenté qui décourage les médecins, mais bien la mécanique judiciaire qui l'entoure et pour laquelle les médecins n'ont aucune formation. Les médecins sont en effet bien souvent incapables de remplir les formulaires demandés par les fonctionnaires.

La difficulté est telle que certains travailleurs abandonnent leur réclamation faute de trouver un médecin qui accepte de les prendre en charge. Certains vont retourner travailler faute de sources de revenus même si cela implique d'aggraver leur condition. Dans d'autres cas, les personnes vont opter plutôt pour se rendre aux urgences ou encore dans des cliniques sans rendez-vous ce qui a comme conséquence bien souvent d'amener des variations en ce qui concerne le diagnostic et le traitement recommandé puisque plusieurs professionnels de la

santé sont rencontrés, et ce à différents endroits. Ceci n'aide en rien le travailleur lorsqu'il tente de faire défendre son dossier, en plus de l'amener à répéter son histoire à plusieurs reprises.

Trouver une clinique qui ne refuse pas de traiter les cas de CSST semble être une tâche ardue. Même si cela est contraire aux normes, plusieurs cliniques affichent publiquement leur refus de traiter ce genre de cas. Lorsque le travailleur trouve un médecin qui accepte de le suivre, le travailleur ne peut qu'espérer que celui-ci ne se retire pas en cours de suivi médical.

5.3. Les différentes instances

La lésion en elle-même amène déjà son lot de conséquences : l'évolution inconnue de la maladie, l'incertitude du travailleur quant à ses capacités, les relations familiales détériorées par la dépendance que ressent le travailleur vis-à-vis des autres et la douleur incapacitante qu'il éprouve, les traitements douloureux ou dangereux, la perte de l'estime de ses proches, la perte du plaisir de vivre (Lippel et coll., 2005: 20).

Le processus enclenché par la réclamation à la CSST vient ajouter plusieurs difficultés : la pauvreté lors d'un refus d'indemnisation, la survenue d'une nouvelle blessure lors d'un retour au travail précoce ou inapproprié, l'impact sur toute la famille du stress de la réclamation, la peur d'avoir trop peur pour se faire comprendre des évaluateurs, des agents et du commissaire (Lippel et coll., 2005: 20). Ces difficultés sont plus que dommageables pour le travailleur accidenté puisqu'elles peuvent amener de nouvelles incapacités à se développer chez celui-ci, non pas à caractère physique, mais bien à caractère psychique. Sur le long terme, celles-ci peuvent être encore plus handicapantes pour la personne que la lésion ou la maladie

professionnelle initiale. Les travailleurs en viennent alors à ressentir beaucoup plus de sentiments négatifs que positifs. Des sentiments de grande tristesse, de panique et de désespoir les habitent ainsi que de nombreux épisodes dépressifs, voire même des pensées suicidaires. Ces différents points vis-à-vis de l'impact des différentes instances sur le parcours des travailleurs accidentés sont ressortis lors des entretiens. On peut constater dans le matériel recueilli que tous les travailleurs ont été pris en charge par la CSST au début de leur parcours. Cependant, les délais avant de recevoir cette aide, en particulier l'aide financière, sont souvent longs et les indemnités reçues souvent faibles. De plus, cette aide obtenue est de courte durée puisque bien vite, les travailleurs ont eu à prouver leur état ou ont eu à retourner travailler. C'est là que l'on constate une présence très importante de stress chez les travailleurs, un stress financier en particulier. Et où il y a une grande présence de stress, se développent bien souvent des problèmes de santé mentale.

5.3.1. Des délais qui engendrent stress et problèmes de santé mentale

Bien évidemment, les travailleurs et les travailleuses qui voient leur réclamation acceptée d'emblée ne sont pas atteints négativement, mais bien positivement puisqu'ils reçoivent non seulement l'accès aux soins, mais aussi le droit à l'indemnité de remplacement de revenu. Cependant, faire une réclamation à la CSST est une expérience négative entraînant des effets défavorables pour les travailleurs qui voient leur réclamation refusée ou tardivement acceptée. C'est là qu'on voit les bienfaits du régime se dissiper : « l'accès aux soins est retardé, et souvent le soutien économique vient trop tard pour éviter les conséquences de l'appauvrissement » (Lippel et coll., 2005: 15).

Les délais avant de recevoir des indemnisations sont parfois tellement longs que les travailleurs doivent en assumer les coûts s'ils ne veulent pas voir leur mal empirer en ne recevant aucun traitement : subvenir à leurs besoins sans salaire, payer pour leurs soins et les visites chez les différents professionnels de la santé, assumer les frais des procédures judiciaires dans le cas où ils décideraient de contester le refus de la CSST. Le matériel vient d'ailleurs appuyer ces faits puisque les travailleurs expliquent tous à quel point le soutien économique est important. Il permet non seulement de diminuer le stress, mais aussi il permet aux travailleurs de mettre toute son énergie sur sa guérison. Les travailleurs qui n'ont pas accès à un soutien d'ordre économique ne peuvent bien souvent se permettre d'arrêter de travailler ou encore ils vont retourner précipitamment au travail, ce qui n'a comme résultat que l'aggravation de leur état.

D'ailleurs, bien souvent, « les données administratives sous-estiment les coûts relatifs aux lésions professionnelles » (Lippel et Cox, 2012: 168). Effectivement, la plupart des régimes d'indemnisation ne reconnaissent pas ou reconnaissent partiellement seulement certaines dépenses supplémentaires qui sont en lien par exemple avec l'incapacité des personnes à assumer le soin de leurs enfants ou encore les tâches domestiques. Les travailleurs assument les coûts de cette incapacité et c'est pourquoi ils sont « doublement pénalisés lorsqu'une lésion professionnelle survient, les coûts associés à cette lésion étant doublement invisibles » (Lippel et Cox, 2012: 169).

5.3.2. Prouver son état ou retourner travailler

Le régime de réparation des lésions professionnelles est d'une importance cruciale puisque

« la non-reconnaissance d'une lésion professionnelle force ceux et celles qui n'ont pas contracté d'assurance collective ou personnelle, soit à retourner au travail alors qu'ils sont encore malades, soit à dilapider leurs biens pour pouvoir survivre et, une fois toutes leurs réserves épuisées, devenir éventuellement admissibles aux prestations de la sécurité du revenu » (Lippel, 2006: 93).

L'aspect médical semble être utilisé par la CSST et les employeurs comme un outil de gestion des coûts du régime, car « une lésion “miraculeusement guérie” a le grand avantage de ne plus générer de coûts en assistance médicale, mais également en indemnité de remplacement du revenu, en frais de réadaptation, en indemnité pour atteinte permanente... »¹⁴ Certains travailleurs reçoivent de l'aide de la part de la CSST, mais lorsque la blessure prend un certain temps à guérir, des complications surgissent. Les indemnités de remplacement du revenu fournies par la CSST s'accumulent et celle-ci semble forcer le retour au travail des accidentés. Cela amène différentes conséquences pour le travailleur : aggravation de son état, querelle avec les collègues de travail, arrêt de travail à ses propres frais, etc. C'est d'ailleurs ce que le matériel recueilli vient appuyer puisque les travailleurs rencontrés disaient se sentir jugés, incompris et laissés à eux-mêmes. Ils semblaient avoir à choisir entre voir leur état se détériorer ou perdre leur emploi s'ils refusaient de suivre les indications données par la CSST.

Un point important à noter est que la CSST fonctionne comme n'importe quelle compagnie d'assurance c'est-à-dire que plus un employeur a d'accidents de travail à son dossier, plus cela lui coûtera cher à la fin de l'année. L'employeur a intérêt à contester les réclamations de ses travailleurs afin d'éviter de voir ses cotisations augmenter.

¹⁴ *L'Union des travailleuses et travailleurs accidentés de Montréal* [en ligne], <http://uttam.qc.ca> (page consultée le 21 juin 2016).

En suivant le processus légal prévu pour contester les réclamations, les employeurs contraignent leurs employés à de nombreux examens médicaux. De plus, « les systèmes de financement basés sur les taux personnalisés à l'entreprise, maintenant utilisés dans presque toutes les juridictions canadiennes encouragent la pratique de la contestation systématique » (Lippel et Cox, 2012: 167). Ces pratiques sont une source de stress pour les travailleurs qui décident de faire une réclamation. Les programmes d'incitation à la prévention des lésions professionnelles ont bien souvent une influence négative sur le taux de déclaration de ces lésions puisque des pressions peuvent inciter les travailleurs à ne pas les déclarer (Lippel et Cox, 2012: 162). Le régime favorise ainsi « l'éclosion ou la multiplication des litiges, ce qui permet à certains acteurs d'intimider les travailleurs pour les amener à s'abstenir de réclamer ou à abandonner leur recours » (Lippel et Cox, 2012: 171). La CSST avait misé sur le système de cotisation des employeurs afin d'inciter ceux-ci à prévenir les accidents, mais cela amène plutôt les employeurs à contester les réclamations des travailleurs ou à faire pression sur eux afin qu'ils s'abstiennent de réclamer (Lippel et coll., 2005: 11). C'est d'ailleurs ce que le matériel recueilli vient appuyer puisque la majorité des travailleurs rencontrés ont eu à prouver leur état de santé et s'opposer à leurs employeurs devant les différentes instances afin de pouvoir continuer à recevoir de l'aide. C'est bien souvent d'ailleurs une situation qui vient toucher émotionnellement les travailleurs puisque ceux-ci se sentent trahis par l'employeur pour qui ils ont travaillé pendant des années.

De plus, lorsqu'on observe certaines statistiques concernant les dossiers évalués par le BEM et la CLP, on constate qu'environ 40 %, des 3 572 dossiers évalués par le BEM, en 2007, ont poursuivi ou poursuivront leur périple bureaucratique, parce que l'employeur ou le travailleur n'est pas satisfait de la décision rendue (Forget, 2008). Ces dossiers vont être

révisés par la CSST et 80 % de ceux-ci feront l'objet d'un nouvel appel (Forget, 2008). De plus, 48 % des dossiers fermés par la CLP en 2008-2009 l'ont été à la suite d'une conciliation et près de 73 % de ceux-ci impliquaient le désistement de l'appel (Lippel et Cox, 2012: 168). Peu d'informations sont d'ailleurs disponibles concernant ces lésions et la nature du règlement intervenu dans ces dossiers (Lippel et Cox, 2012: 168). Une étude récente a permis d'établir « qu'un nombre important de dossiers concernant les problèmes de santé mentale se règle par une démission professionnelle et un retrait de la réclamation en échange d'un montant d'argent, transaction qui fait disparaître la lésion des statistiques officielles » (Lippel et Cox, 2012: 168). Les travailleurs vont être entraînés dans un engrenage bureaucratique dont il est presque impossible de sortir indemne et c'est la santé mentale de ces travailleurs qui en paie le prix.

La littérature révèle que bien des travailleurs accidentés ou encore malades vont ressortir du processus d'indemnisation dévalorisés. Ces multiples affronts semblent même prolonger le processus de guérison : « Il est difficile de départager les conséquences des lésions professionnelles des conséquences du processus d'indemnisation. Mais clairement, dans plusieurs cas, le régime en place a des effets anti-thérapeutiques » (Lippel, 2005). Des conflits peuvent surgir pour différentes raisons : il s'agit d'un travailleur atypique, le diagnostic est controversé, le diagnostic est émis tardivement, les médecins spécialistes ne sont pas disponibles, les médecins ne veulent pas faire affaire avec les accidentés du travail, il s'agit d'une maladie professionnelle et non d'une blessure survenue sur les lieux du travail devant témoin, la blessure ne guérit pas selon les attentes de l'organisme, l'employeur s'oppose à la réclamation, les possibilités de retour au travail sont inexistantes ou irréalistes (Lippel et coll., 2005: 19).

Il n'est donc pas rare de voir la guérison d'un travailleur compromise reliée au fait qu'il est privé de soins ou encore que ses traitements sont retardés, et ce, « soit parce que la CSST a refusé de payer, soit parce qu'un médecin a refusé de prendre en charge le dossier, soit parce qu'il est retourné trop vite au boulot » (Forget, 2008). C'est d'ailleurs ce que le matériel recueilli vient appuyer puisque la majorité des travailleurs rencontrés étaient en arrêt de travail, au départ, en raison d'une blessure survenue sur les lieux de leur travail. Au moment où ceux-ci ont été rencontrés, ils n'étaient plus seulement en arrêt de travail en raison d'une blessure physique, mais aussi en raison d'un problème de santé mentale. En analysant les entretiens avec les personnes rencontrées, il semblerait que celles-ci se sont littéralement épuisées à tenter d'obtenir de l'aide et à tenter de prouver leur état de santé. Cette quête pour prouver son état de santé ne s'étend pas seulement sur quelques semaines ou sur quelques mois, mais bien sur plusieurs années et c'est ce qui rend l'impact des procédures par lesquelles les gens passent d'autant plus important.

5.3.3. Où il y a du stress, il y a un risque pour la santé mentale

Lorsqu'un travailleur fait face à une lésion ou encore une maladie professionnelle, cela résulte bien souvent en « une perte d'intégrité physique, une perte de capacité et d'estime de soi, un retrait temporaire ou permanent de son milieu de travail, la douleur, l'insécurité, le stress, l'anxiété » (Lippel et coll., 2005: 20). Il n'est donc pas facile d'accepter cette nouvelle vie, celle de vivre avec la douleur.

Étant donné que la détresse psychologique est causée par le stress chronique ou encore par les événements difficiles de la vie, elle est bien souvent ressentie chez les travailleurs

accidentés. C'est pourquoi il est primordial que ces travailleurs aient accès au régime et donc, à ses nombreux avantages, afin de recevoir les soins requis à leur guérison le plus rapidement possible.

La détresse psychologique peut être atténuée par le soutien social (Caron, 2014: 7). Les travailleurs qui ne reçoivent pas de soins, d'aide, de soutien, et donc qui affrontent les répercussions de leur accident de travail seul vont bien souvent développer des problèmes de santé mentale au fil du temps qui passe puisque la détresse psychologique peut rapidement devenir un état chronique se soldant par l'apparition de troubles mentaux. C'est d'ailleurs ce que le matériel recueilli vient confirmer puisque très peu des personnes rencontrées expriment avoir reçu du soutien de la part de leurs proches. Même si les problèmes de santé mentale sont moins tabous qu'autrefois, il n'en demeure pas moins que ceux-ci ne sont pas encore totalement compris. C'est en partie pourquoi les travailleurs rencontrés n'arrivent pas à obtenir le soutien qui leur serait tant bénéfique puisqu'il semble difficile pour les proches de comprendre réellement ce qui arrive à la personne qu'ils connaissent depuis tant d'années. C'est ce que les travailleurs rencontrés expliquent durant l'entretien qu'il y a réellement un manque de compréhension et de soutien de la part de leurs proches qui rend la situation dans laquelle ils sont de plus en plus difficile à vivre. Ils ont l'impression d'être jugés, incompris et de ne plus être à la hauteur des attentes des personnes qui leur sont chères.

C'est pourquoi il est nécessaire d'intervenir rapidement puisque cela permet d'éviter le développement de troubles mentaux avant qu'ils ne se chronicisent et contribue ainsi à réduire la durée de ces troubles (Caron, 2014: 9). Plus les services sont accessibles et efficaces, plus la durée de la détresse ou de la symptomatologie

sera courte (Caron, 2014: 9). De plus, les proches semblent apporter plus de soutien à la personne au début de la maladie puisque comme il a été constaté dans les entretiens, c'est au fil du temps que les proches sont de moins en moins conciliants envers les répercussions de la maladie sur les comportements de la personne et sur le mode de vie mené. C'est pourquoi le temps joue un rôle primordial dans le développement des problèmes de santé mentale.

Conclusion

L'objectif principal de ce mémoire était de déterminer l'effet des différents acteurs que rencontrent des travailleurs en arrêt de travail suite à un accident survenu par le fait ou à l'occasion de leur travail sur la trajectoire et la santé mentale de ceux-ci. De plus, il était important de déterminer l'influence du soutien social sur la possibilité de développer un problème de santé mentale suite à un arrêt de travail. Pour ce faire, des données ont été recueillies à la suite d'entretiens réalisés auprès de patients d'une polyclinique à Montréal qui étaient en arrêt de travail.

Le cadre conceptuel utilisé pour réaliser cette recherche s'est inspiré principalement du modèle des effets directs. Ce sont des facteurs qui se rapprochent de ceux utilisés dans ce modèle théorique qui ont été étudiés : le sentiment général de bien-être chez la personne, la reconnaissance de la valeur personnelle et l'estime de soi. Par la suite, et en fonction de la littérature effectuée dans les trois premiers chapitres, d'autres modèles et donc, d'autres facteurs, ont été intégrés : la théorie de l'identité sociale, la théorie transactionnelle, le modèle de Dahlgren et Whitehead ainsi que le modèle de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

Cette étude a permis de détecter plusieurs facteurs pouvant influencer le niveau de détresse psychologique chez les travailleurs en arrêt de travail suite à un accident survenu par le fait ou à l'occasion de leur travail. En effet, les résultats qui ressortent de la recherche rapportent que parmi les effets des différents acteurs sur la trajectoire et la santé mentale de ces travailleurs,

plusieurs variables semblent associées significativement à une variation du niveau de détresse psychologique ressentie chez ceux-ci. Plusieurs facteurs semblent associés négativement à la détresse psychologique : le fait d'avoir un soutien émotionnel, d'estime, d'affiliation, tangible, instrumental et/ou encore informationnel, d'être intégré socialement, d'avoir l'occasion de se sentir utile et nécessaire, de pouvoir confirmer sa valeur ainsi que d'obtenir de l'aide concrète et matérielle. À l'inverse, le fait d'être en marge du marché du travail et de ne pas avoir accès à ces différentes formes de soutien ou simplement le percevoir semblent faire augmenter le niveau de détresse psychologique.

En outre, il est important de préciser que bien qu'il soit vrai que plusieurs facteurs semblent susceptibles d'influencer l'état de santé mentale des travailleurs en non-emploi et que les acteurs qui les entourent semblent eux aussi être susceptibles d'apporter différents effets sur l'état de ceux-ci, il n'en demeure pas moins qu'étant donné que ce n'est pas une étude cas-témoins qui a été effectuée, on ne peut pas prouver que ces différents enjeux aient effectivement un effet direct sur la santé mentale de ces travailleurs. Cependant, la littérature démontre dans une certaine mesure l'influence de ces différents facteurs. Le matériau recueilli vient confirmer ce qui a déjà été établi.

En se basant sur ces résultats, il est possible d'affirmer que ces différents facteurs ont une part de responsabilité, ou à tout le moins une influence quelconque, dans le développement de la détresse psychologique chez les travailleurs en arrêt de travail suite à un accident survenu par le fait ou à l'occasion de leur travail. Aussi, il est intéressant de constater que ces conclusions permettent de constater que ces facteurs peuvent pratiquement tous être contrôlables, en particulier par les organisations qui ont un désir d'être proactives vis-à-vis la santé mentale de

ces accidentés du travail. Il est question notamment de la prise en charge et de l'aide reçue chez les travailleurs accidentés.

Cette étude pourrait permettre aux entreprises ainsi qu'aux différentes instances d'agir de façon plus proactive en examinant comment les travailleurs font face au processus d'indemnisation et quels types de programmes pourraient être mis en place afin de les aider et ainsi, protéger le bien-être psychologique de ces travailleurs. Les conséquences pourraient alors être bénéfiques pour les travailleurs, mais aussi pour les entreprises et les différentes instances en jeu.

De plus, il existe bien d'autres facteurs qui ont eux aussi une influence sur le niveau de bien-être ou de détresse psychologique des travailleurs en arrêt de travail suite à un accident survenu par le fait ou à l'occasion de leur travail. Il est primordial que plus de recherches investiguent en ce sens afin de dégager une tendance générale et des résultats empiriques.

Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada [en ligne], <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mhp-psm/faq-fra.php> (page consultée le 22 mars 2016).

Agence de la santé publique du Canada [en ligne], <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/5-fra.php> (page consultée le 28 juin 2016).

American Psychiatric Publishing, DSM-5 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [en ligne], <http://site.ebrary.com/lib/umontreal/reader.action?docID=11140751&ppg=102> (page consultée le 22 mars 2016).

Association canadienne pour la santé mentale [en ligne], http://mentalhealthweek.cmha.ca/files/2013/03/CMHA_MHW2012_Stigma_FRN_Final.pdf (page consultée le 22 mars 2016).

Association canadienne pour la santé mentale (Montréal) [en ligne], <http://acsmmontreal.qc.ca> (page consultée le 22 mars 2016).

AUDET, Michel (2003), Santé mentale et travail. L'urgence de penser autrement l'organisation, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 173 p.

BAUMEISTER, Roy (1991), Meanings of Life, New York, Guilford Press, 426 p.

BRIEF, Arthur Paul et NORD, Walter (1990), Meaning of occupational work : a collection of essays (issues in organization & management series), Toronto, Lexington Books, 336 p.

BRUNO, Anne-Sophie (2008), « Quelques perspectives sur les travaux récents en “santé et travail”. Les approches développées dans les revues de sciences sociales (2001-2007) », Revue française des affaires sociales, vol. 2, n°2-3, p. 71-96.

BUÉ, Jennifer (2008), « Les facteurs de risques psychosociaux au travail. Une approche quantitative par l'enquête Sumer », Revue française des affaires sociales, vol. 2, n°2-3, p. 45-70.

CARON, Jean (2014), « Les services de santé mentale dans une perspective de santé publique », Santé mentale au Québec, vol. 39, n°1, p. 7-10.

- CARON, Jean et GUAY, Stéphane (2005), « Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens », *Santé mentale au Québec*, vol. 30, n°2, p. 15-41.
- CHARLES, Noémie (2009), « Travailler, c'est trop dur »? La santé mentale et le rétablissement, quand le travail s'en mêle, mémoire de maîtrise (service social), Université Laval, 137 p.
- CHARTRAND, Rachel (2006), Les facteurs professionnels et la détresse psychologique chez les enseignants, mémoire de maîtrise (relations industrielles), Université de Montréal, 88 p.
- COHEN, Sheldon, GOTTLIEB, Benjamin. H et UNDERWOOD, Lynn G (2000), « Social relationships and health », dans Sheldon Cohen, Lynn G. Underwood et Benjamin H. Gottlieb (dir.), *Social Support Measurement and Intervention*, New York, Oxford University Press, p. 3-25.
- CNESST [en ligne], <http://www.csst.qc.ca/Pages/index.aspx> (page consultée le 11 mai 2016).
- CNESST [en ligne], <http://www.csst.qc.ca/travailleurs/accident-du-travail-ou-maladie-professionnelle/Pages/qu-est-ce-qu-un-accident-du-travail.aspx> (page consultée le 24 février 2016).
- COUSSON, Florence, BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou, QUINTARD, Bruno, NUISSIER, J et RASCLE, Nicole (1996), « Analyse multidimensionnelle d'une échelle de copi : : Validation française de la Ways of Coping Checklist », *Psychologie française*, vol. 41, n° 2, p. 155-164.
- CREED, Peter A. et KLISCH, Jan (2005), « Future outlook and financial strain : Testing the personal agency and latent deprivation models of unemployment and well-being », *Journal of occupational health psychology*, vol. 10, n°3, p. 251-260.
- CREED, Peter A. ET MACINTYRE, S.R. (2001), « The relative effects of deprivation of the latent and manifest benefits of employment on the well-being of unemployed people », *Journal of occupational health psychology*, vol. 6, n°4, p. 324-331.
- D'AMOURS, Martine (2009), « Travail précaire et gestion des risques : vers un nouveau modèle social? », *Lien social et Politiques*, n°61, p. 109-121.
- D'ARGENSON, Pierre-Henri (2010), « Souffrance au travail : ce qui a changé », *Le Débat*, vol. 4, n°161, p. 105-115.

- DALOZ, Lionel, BALAS, Marie-Laure et BÉNONY, Hervé (2007), « Sentiment de non-reconnaissance au travail, déception et burnout : une exploration qualitative », *Santé mentale au Québec*, vol. 32, n°2, p. 83-96.
- DE GAULEJAC, Vincent (2011), *Travail, les raisons de la colère*, Paris, Éditions du Seuil, 335 p.
- DE GAULEJAC, Vincent (2010), « La NGP : nouvelle gestion paradoxante », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n°2, p. 83-98.
- DEBOUT, Frédérique (2009), « La santé à l'épreuve du travail », *Mouvements*, vol. 2, n°58, p. 7-12.
- DESROSIERS, Jean-Philip (2012), *Conflit travail-famille, dépression et épuisement professionnel : l'influence du temps consacré aux rôles professionnel et familial, mémoire de maîtrise (relations industrielles)*, Université de Montréal, 156 p.
- DEXTRAS-GAUTHIER, Julie (2014), *Culture organisationnelle et santé mentale au travail, thèse de doctorat (relations industrielles)*, Université de Montréal, 262 p.
- FIRTH, Raymond (1948), « Anthropological background to work », *Occupational Psychology*, vol. 22, p. 94- 102.
- FOLKMAN, Susan, LAZARUS, Richard S., DUNKEL-SCHETTER, Christine, DELONGIS, Anita et GRUEN, Rand J. (1986), « Dynamics of a stressful encounter : Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes », *Journal of personality and social psychology*, vol. 50, n°5, p. 992-1103.
- FORGET, Dominique, Jobboom [en ligne], <http://www.jobboom.com/carriere/zones-grises-accidents-travail> (page consultée le 29 février 2016).
- FRANKL, Viktor Emil (1967), *Psychotherapy and existentialism. Selected papers on logotherapy*, New York, Washington Square Press, 242 p.
- FRYER, David (1995), « Benefit agency ? Labour market disadvantage, deprivation and mental health », *The psychologist*, vol. 8, n°6, p. 265-272.
- FRYER, David et MCKENNA Stephen P. (1987), « The laying off of hands : Unemployment and the experience of time », dans S. Fineman (dir.), *Unemployment and the experience of time : Personal and social consequences*, London, Tavistock. p. 47-73.
- FRYER, David (1986), « Employment deprivation and personal agency during unemployment », *Social Behaviour*, vol. 1, n°3, p. 3-23.

FRYER, David et PAYNE, Roy (1986), « Being unemployed : A review of the literature on the psychological experience of unemployment », dans Cary L. Cooper et Ivan Robertson (dir.), *International review of industrial and organizational psychology*, New York, Wiley, p. 235-278.

FRYER, David et PAYNE, Roy (1984), « Working definitions », *Quality of Working Life*, vol. 1, n°5, p. 13- 15.

GOFFMAN, Erving (1975), *Stigmate*, Paris, Les Éditions de Minuit, 175 p.

Gouvernement du Canada [en ligne], http://mieux-etre.edsc.gc.ca/misme-iowb/.3ndic.1t.4r@-fra.jsp?iid=20#M_3 (page consultée le 28 juin 2016).

Gouvernement du Canada [en ligne], <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/mental/index-fra.php> (page consultée le 22 mars 2016).

Groupe consultatif interorganisme en éthique de la recherche [en ligne], <http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/chapter5-chapitre5/> (page consultée le 6 décembre 2016).

HARRISSON, Denis et LEGENDRE, Camille (2002), *Santé, sécurité et transformation du travail : réflexions et recherches sur le risque professionnel*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 261 p.

HASLAM, S. Alexander, O'BRIEN, A, JETTEN, Jolanda, VORMEDAL, K et PENNA, S (2005), « Taking the strain : social identity, social support, and the experience of stress », *British journal of social psychology*, vol. 44, n°3, p. 355-370.

HÉLARDOT, Valentine (2009), « Les salariés face à la dialectique santé-travail précarisé », *Mouvements*, vol. 2, n°58, p. 21-28.

HERMAN, Ginette (2007), *Travail, chômage et stigmatisation. Une analyse psychosociale*, Bruxelles, De Boeck Supérieur, 414 p.

JACOB, Réal et LAFLAMME, Roch (1998), *Stress, santé et intervention au travail*, Cap-Rouge, Presses Inter Universitaires, 190 p.

JAHODA, Marie (1980), *Work, employment and unemployment: An overview of ideas and research results in the social science literature*, Université du Sussex, Science Policy Research Unit, 70 p.

KAIROUZ, Sylvia et DEMERS, Andrée (2003), « Inégalités socioéconomiques et bien-être psychologique: une analyse secondaire de l'Enquête sociale de la santé de 1998 », *Sociologie*

et sociétés, vol. 35, n°1, p. 185-202.

KIROUAC, Laurie (2012), « Du surmenage professionnel au burn-out : réponses sociales et issues individuelles aux difficultés du travail d'hier et d'aujourd'hui », *Lien social et Politiques*, n°67, p. 51-66.

L'Union des travailleuses et travailleurs accidentés de Montréal [en ligne], <http://uttam.qc.ca> (page consultée le 21 juin 2016).

LAZARUS, Richard et FOLKMAN, Susan (1984), *Stress, appraisal, and coping*, New York, Springer, 456 p.

LIPPEL, Katherine et COX, Rachel (2012), « Invisibilité des lésions professionnelles et inégalités de genre : le rôle des règles et pratiques juridiques », dans Annie Thébaud-Mony et coll. (dir.), *Santé au travail : approches critiques*, Paris, La Découverte, p. 153-179.

LIPPEL, Katherine (2006), « L'accès à l'indemnisation pour les incapacités attribuables aux lésions psychiques et aux lésions musculo-squelettiques liées au travail au Québec », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 1, n°2, p. 91-99.

LIPPEL, Katherine, LEFEBVRE, Marie-Claire, SCHMIDT, Chantal et CARON, Joseph (2005), *Traiter la réclamation ou traiter la personne? Les effets du processus sur la santé des personnes victimes de lésions professionnelles*, Montréal, UQAM, 63 p.

LIPPEL, Katherine (1992), *Le stress au travail. L'indemnisation des atteintes à la santé en droit québécois, canadien et américain*, Québec, Les Éditions Yvon Blais inc., 265 p.

LORIOU, Marc (2014), « Les sociologues et le stress. Quelques enseignements des recherches anglo-saxonnes », *la Nouvelle Revue du Travail*, n°4, p. 1-14.

LUPIEN, Pierre-Luc (2013), « Tout perdre » : Causes sociales des problèmes de santé mentale à travers le récit de vie de personnes en situation d'itinérance, mémoire de maîtrise (sociologie), Université de Montréal, 182 p.

MALENFANT, Romaine (2004), « Précarisation du travail et inégalités sociales de santé – De la stabilité à la précarité d'emploi : le récit d'une expérience de travail délétère », *Santé, société et solidarité*, n°2, p. 137-145.

MARCHAND, Alain, DURAND, Pierre et DEMERS, Andrée (2006), « Un modèle multi-niveaux des déterminants de la santé mentale dans la main-d'oeuvre », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 25, n°2, p. 11-30.

MARCHAND, Alain (2004), Travail et santé mentale : une perspective multi-niveaux des déterminants de la détresse psychologique, thèse de doctorat (sociologie), Université de Montréal, 379 p.

MARLEAU, Martine (1993), Analyse des déterminants des risques d'accidents de travail, mémoire de maîtrise (sciences économiques), Université de Montréal, 71 p.

McKee-Ryan Frances M., Song Zhaoli, Wanberg Connie R. et Kinicki Angelo J. (2005), « Psychological and physical well-being during unemployment : A Meta-Analytic Study », *Journal of applied psychology*, vol. 90, n°1, p. 53-76.

MORIN, Estelle (2008), Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel, Montréal, Bibliothèque et Archives nationales, 54 p.

MORIN, Estelle (2003), « Sens du travail. Définition, mesure et validation », dans Christian Vandenberghe, Nathalie Delobbe, & Guy Karnas (dir.), *Dimensions individuelles et sociales de l'investissement professionnel*. Vol. 2, Louvain la Neuve, UCL Presses universitaires de Louvain, p. 11-20.

MURPHY, Gregory C. et Athanasou, James A. (1999), « The effect of unemployment on mental health », *Journal of occupational and organizational psychology*, vol. 72, n°1, p. 83-99.

NEBOIT, Michel et VÉZINA, Michel (2003), *Stress au travail et santé psychique*, Toulouse, Octarès Éditions, 310 p.

NOISEUX-PROVENÇAL, Élisabeth (2014), L'effet d'un programme de santé et de mieux-être en milieu de travail sur les invalidités de courte durée, les accidents de travail et le retour sur investissement, mémoire de maîtrise (relations industrielles), Université de Montréal, 119 p.

NOWAK, Fleur (2011), Une étude sur les conditions de l'organisation du travail, le soutien social hors travail et l'épuisement professionnel, mémoire de maîtrise (relations industrielles), Université de Montréal, 129 p.

Organisation mondiale de la Santé [en ligne], <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> (page consultée le 22 mars 2016).

Organisation mondiale de la Santé [en ligne], http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/ (consultée le 14 juin 2016).

Organisation mondiale de la Santé [en ligne], <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/> (page consultée le 14 juin 2016).

PAUGAM, Serge (2010), *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, 128 p.

PAUL, Karsten Ingmar et MOSER, Klaus (2006), « Incongruence as an explanation for the negative mental health effects of unemployment: Meta-analytic evidence », *Journal of occupational and organizational psychology*, vol. 79, n°4, p. 595-621.

PLAISIER, Inger, DE BRUIJN, Jeanne G.M, DE GRAAF, Ron, TEN HAVE, Margreet, BEEKMAN, Aartjan T.F et PENNINX, Brenda W.J.H (2007), « The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees », *Social Science & Medicine*, vol. 64, n°2, p. 401-410.

RAYNAUD, Dominique (2006), « Le contexte est-il un concept légitime de l'explication sociologique? », *L'Année sociologique*, vol. 56, n°2, p. 309-329.

REICHMANN, Sébastien (1991), « Impact du chômage sur la santé mentale. Premiers résultats d'une analyse de réseaux », *Sociétés contemporaines*, n°5, p. 99-116.

RHÉAUME, Jacques (2009), « Sociologie clinique de la souffrance au travail : du psychique au social », *Sociologie clinique*, p. 139-158.

ROBICHAUD, Jean-Bernard, GUAY, Lorraine, COLIN, Christine, POTHIER, Micheline (1994), *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, Boucherville, 247 p.

ROELANDT, Jean-Luc, CARIA, Aude, DEFROMONT, Laurent, VANDEBORRE, A, DAUMERIE, Nicolas (2010), « Représentations sociales du "fou", du "malade mental" et du "dépressif" en population générale en France », *L'Encéphale*, vol. 36, n°3, p. 7-13.

ROSENHAN, David L. (1988), « Être sain dans un environnement malade », dans Paul Watzlawick (dir.), *L'invention de la réalité*, Paris, Éditions du Seuil, p. 131-160.

SALAH-EDDINE, Laïla (2012), « Invisibilisation de la souffrance au travail des patients en psychiatrie et psychiatrisation du social », *Lien social et Politiques*, n°67, p. 67-82.

SHEPHERDSON, K.V. (1984), « The meaning of work and employment: Psychological research and psychologists' values », *Australian Psychologist*, vol. 19, n°3, p. 311-320.

SIEGRIST, Johannes et MARMOT, Michael (2004), « Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges », *Social Science & Medicine*, vol. 58, n°8, p. 1463-1473.

SPECTOR, Paul (2011), *Psychologie du travail et des organisations*, Bruxelles, Groupe De

Boeck, 495 p.

TAVRIS, Carol et WADE, Carole (1999), Introduction à la psychologie : les grandes perspectives, Belgique, De Boeck Supérieur, 420 pages.

THIAM, Yacine, GERBAUD, Laurent, GRONDIN, Marie-Ange, BLANQUET, Marie, MARTY, Laurent, PRUILHERE VAQUIER, Sylvie, LLORCA, Pierre-Michel et CASSAGNES, Jean (2012), « Éducation thérapeutique en court séjour : quelles limites ? Cas de patients cardiovasculaires », Santé Publique, vol. 24, n°4, p. 291-302.

THIROT, Myriam (2009), « “Se brûler au travail” : la précarisation du travail vécue par des résidents du Centre-Sud de Montréal », Lien social et Politiques, n°61, p. 159-170.

Travail, emploi et solidarité sociale [en ligne], https://www.travail.gouv.qc.ca/evaluation_medicale/bureau_devaluation_medicale.html (page consultée le 29 février 2016).

Tribunal administratif du travail [en ligne], <http://www.clp.tat.gouv.qc.ca/etapes-de-la-contestation/conciliation/> (page consultée le 25 mai 2016).

Tribunal administratif du travail [en ligne], <http://www.clp.tat.gouv.qc.ca/la-commission/mission-et-organigramme> (page consultée le 29 février 2016).

Tribunal administratif du travail [en ligne], <http://www.tat.gouv.qc.ca> (page consultée le 11 mai 2016).

VELPRY, Livia. (2008), Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale, Paris, Éditions Armand Colin, 330 pages.

VÉZINA, Michel (1992), Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 179 p.

WARR, Peter B. (1999), « Well-being and the workplace », dans Daniel Kahneman, Ed Diener et Norbert Schwarz (dir.), Well-being : The foundations of hedonic psychology, New York, Russell sage foundation, p. 312-412.

WARR Peter B., JACKSON, Paul et BANKS, Michael (1988), « Unemployment and mental health : Some british studies », Journal of Social Issues, vol. 44, n°1, p. 47–67.

WEISSKOPF-JOELSON, Edith (1968), « Meaning as an integrating factor », dans Charlotte Bühler et Fred Massarik (dir.), The course of human life: A study of goals in the humanistic perspective, Oxford, Springer, p. 359-382.

WHITEHEAD, Margaret et DAHLGREN, Göran (1991), « What can we do about inequalities in health », *The lancet*, vol. 1, n°338, p. 1059-1063.

YALOM, Irvin David (1980), *Existential Psychotherapy*, New York, Basic Books, 544 p.

Annexe 1 : Lettre d'information pour les patients

Je fais actuellement une recherche qui porte sur les problèmes de santé mentale liés au travail. Celle-ci consiste à mieux comprendre le rôle de certains acteurs dans le parcours des travailleurs atteints d'un problème de santé mentale lié au travail. J'entends par parcours les différentes étapes auxquelles font face les travailleurs lorsqu'ils développent un problème de santé mentale tels qu'une dépression, un épuisement professionnel ou encore des troubles anxieux. Lorsque le travailleur traverse ces différentes étapes; le diagnostic de la maladie, le retrait du travail, les soins reçus, la réadaptation ou encore le retour au travail, il est bien souvent confronté à différents acteurs qui joueront un rôle primordial dans son retour vers une santé optimale. Ces acteurs sont non seulement l'employeur, les collègues de travail, les amis et la famille, mais aussi les acteurs qui ont un rôle beaucoup plus important au niveau de la qualité des soins qui seront reçus.

C'est pourquoi je m'intéresse aux patients de la polyclinique et que je souhaite rencontrer une dizaine d'entre vous pour un entretien qui durera tout au plus 45 minutes. Toute personne qui a déjà vécu ou qui vit actuellement avec un problème de santé mentale lié à son travail conviendrait parfaitement pour ma recherche. Dans le cas où vous souhaiteriez y participer ou que vous voudriez en savoir un peu plus sur la recherche avant d'accepter, vous pouvez tout simplement prendre contact avec moi. Tout cela sera sous le couvert de l'anonymat et d'aucun moment il ne sera possible d'identifier les patients qui auront décidé de participer. De plus amples informations vous seront données si vous acceptez de participer aux fins de ma recherche. C'est donc en vous remerciant et en espérant faire votre rencontre bientôt.

Annexe 2 : Questionnaire d'entretien pour les patients

L'histoire de vie

Les informations de base

Le sexe de la personne.

Quel âge avez-vous?

Dans quelle ville résidez-vous?

Êtes-vous originaire du Canada? Sinon, d'où êtes-vous originaire?

L'école

Parlez-moi brièvement de votre parcours scolaire.

*Cette partie ne devrait pas dépasser 3-4 minutes.

L'histoire de la maladie

Les premiers signes

Quels ont été les premiers signes qui sont apparus et qui vous ont amené à vous poser des questions sur votre état de santé mentale?

La décision de demander de l'aide

Qu'est-ce qui vous a amené à demander de l'aide? Est-ce que vous en avez parlé à des proches avant de prendre cette décision ou encore est-ce eux qui vous ont convaincu de demander de l'aide à des professionnels? En avez-vous discuté au travail, avec vos collègues ou encore votre supérieur immédiat?

Le rôle des différents acteurs (l'employeur, la CSST)

On parlera un peu plus tard du soutien des proches et des collègues de travail, mais pour l'instant qu'en est-il du soutien et de l'aide reçus de la part de votre employeur, des professionnels de la santé ou encore de la CSST? Avez-vous été pris en charge par le régime d'assurance collective offert par votre entreprise ou plutôt par la CSST? Vous sentiez-vous soutenu? Avez-vous reçu l'aide que vous escomptiez recevoir? Y avait-il beaucoup de procédures à suivre et les délais de celles-ci étaient-ils raisonnables?

Le diagnostic prononcé

Quel a été le diagnostic prononcé par les professionnels de la santé? Était-ce rassurant de pouvoir mettre un mot sur votre état? Sur comment vous vous sentiez. Ou était-ce plutôt effrayant? Comment vous sentiez-vous?

Les soins reçus (les programmes d'aide aux employés, les différents traitements, la médication)

Quels types de soin avez-vous reçus? Quelle sorte d'aide avez-vous reçue?

L'impact de la maladie (sur les relations au travail, avec les proches - stigmatisation)

Quel impact ce diagnostic a-t-il eu sur votre vie, mais aussi sur vos relations avec les autres? Avez-vous senti que les gens autour de vous (que ce soit vos collègues de travail, votre employeur, vos amis, votre famille ou encore des connaissances [club de..., activités sportives, etc.]) vous soutenaient ou si plutôt ils semblaient vous stigmatiser, vous juger? Quelles répercussions un tel diagnostic peut-il avoir amenées dans votre vie de tous les jours et plus particulièrement au travail? Comment cela se passe-t-il au travail? Avec vos collègues, votre employeur...?

*Amener ici le travail (l'histoire professionnelle).

L'histoire professionnelle

L'emploi actuel (vs les différents emplois occupés)

En quoi consiste votre travail actuel? Décrivez-moi une journée typique au travail.

Aviez-vous de bonnes relations avec les autres? Aimiez-vous ce que vous faisiez? Aviez-vous l'impression que votre travail était reconnu? Envisagiez-vous de rester au sein de cette entreprise dans le futur? Y avait-il de bonnes possibilités d'avancement ou de monter dans l'échelle? Aviez-vous l'impression que votre salaire était juste selon le travail que vous effectuiez? Qu'aimiez-vous de votre travail et qu'aimiez-vous moins de celui-ci? (mots-clés ici : demande, contrôle, effort, reconnaissance)

Le retrait du travail

*S'il a lieu.

Qu'est-ce qui selon vous a entraîné votre retrait du travail? Quels ont été les signes précurseurs ou le moment décisif qui vous a amené à vous retirer de votre travail actuel?

Le retour au travail (réadaptation)

*S'il a lieu.

Aujourd'hui, à l'heure actuelle, vous sentez-vous sur le chemin de la réadaptation ou est-ce trop tôt encore pour vous sentir prêt à faire face au marché du travail à nouveau? Autrement dit, comment anticipez-vous votre retour au travail? Dans combien de temps est-il prévu? Avez-vous prévu de quitter votre emploi pour vous trouver quelque chose d'autre ailleurs, avez-vous prévu de retourner aux études ou de changer de domaines complètement?

*Dans le cas où le retour au travail serait déjà entamé :

Comment se passe votre retour et depuis combien de temps êtes-vous revenu sur le marché du travail? Avez-vous quitté votre emploi ou avez-vous décidé de demeurer au même endroit?

Annexe 3 : Lettre d'information pour les professionnels de la santé

Je fais actuellement une recherche qui porte sur les problèmes de santé mentale liés au travail. Celle-ci consiste à mieux comprendre le rôle de certains acteurs dans le parcours des travailleurs atteints d'un problème de santé mentale lié au travail. J'entends par parcours les différentes étapes auxquelles font face ces travailleurs lorsqu'ils développent un problème de santé mentale tels qu'une dépression, un épuisement professionnel ou encore des troubles anxieux. Lorsque le travailleur traverse ces différentes étapes - le diagnostic de la maladie, le retrait du travail, les soins reçus, la réadaptation ou encore le retour au travail -, il est bien souvent confronté à différents acteurs qui joueront un rôle primordial dans son retour vers une santé optimale. Ces acteurs sont non seulement l'employeur, les collègues de travail, les amis et la famille, mais aussi ceux qui ont un rôle au niveau de la prise en charge et donc, de la qualité des soins. On parle ici notamment de la CSST. C'est le rôle de ces différents acteurs, et principalement celui des instances telles que la CSST, qui fera l'objet de ce mémoire.

C'est pourquoi je m'intéresse aux patients de la polyclinique. J'aimerais rencontrer une dizaine d'entre eux, porteurs d'un problème de santé mentale lié à leur travail. Vous pourrez remettre une lettre d'information aux patients que vous rencontrerez et qui correspondraient à ce critère. Ils pourront ensuite me contacter dans le cas où ils seraient intéressés à participer. Bien évidemment, cette participation sera anonymisée. Je vous remercie par avance de votre contribution à ce recrutement.

Annexe 4 : Questionnaire d'entretien pour les professionnels de la santé

En quoi consistent les différentes étapes auxquelles font face un travailleur atteint d'un problème de santé mentale en lien avec son travail?

Quelles sont les difficultés que rencontrent les gens pour retourner au travail?

Comment ceux-ci le vivent-ils (le fait de devoir faire face à une telle situation, à un tel diagnostic)?

*On veut en savoir plus ici sur le ressenti des patients.

Les patients qui consultent pour un problème de santé mentale en lien avec leur travail sont-ils nombreux si on regarde l'ensemble des patients que vous avez pu rencontrer? Autrement dit, forment-ils la majorité?

Quels sont les problèmes de santé mentale en lien avec le travail le plus souvent répertorié chez les patients que vous rencontrez?

Qu'est-ce qui fait en sorte que les gens développent des problèmes de santé mentale?

Y a-t-il un domaine d'emploi ou des emplois en particulier qui vous semblent être plus propices à amener des problèmes de santé mentale? Si oui, lesquels et pourquoi?

Lorsque vous rencontrez ces travailleurs, semblent-ils soulagés de recevoir un diagnostic qui les aide à mieux comprendre ce qu'ils vivent ou c'est plutôt l'effet contraire qui se produit? Est-il possible pour vous dans tous les cas de donner un diagnostic?

À quel point les travailleurs reçoivent-ils de l'aide de la part de leur employeur ou encore de la CSST? Est-il fréquent de voir que ceux-ci sont pris en charge et soutenus? Est-il difficile de faire reconnaître un problème de santé mentale?

Quels types de soins (médicaux, psychologiques, etc.) sont requis afin d'optimiser le rétablissement de ces patients selon vous?

Est-ce que la majorité des gens retournent travailler au sein de leur même emploi? Pourquoi ceux-ci y retournent-ils?

Finalement, pouvez-vous me raconter un cas de problème de santé mentale vs un cas de problème de santé plus physique (voir les différences et les similitudes)?

